

介 護 保 険 適 用 除 外 該 不 該 当 届

令和 年 月 日 提出

受付日付印

組 合	常務理事	事務長	担当者

経 由	長	長	担当者

健康保険被保険者証の記号

健 康 保 険 被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日	性別	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日	性別	続柄	届出印
	(氏)	(名)			(氏)	(名)				印
	(フリガナ)		昭 平		(フリガナ)		昭 平			

被 保 険 者 の 住 所	〒	—	被 扶 養 者 の 住 所	〒	—	備 考

適 用 除 外 の 事 由	該 当 の別 不該当	該 当 の年月日 不該当	被扶養 者番号	作成 原因
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格3ヶ月以下の外国人	1. 該 当 2. 不該当	令和 年 月 日		

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒 —
電 話	(局) 番

事業所所在地 事業主名称 事業主氏名 電 話	〒 — (局) 番
---------------------------------	---------------

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印	
	印

【記入上の注意】

適用除外該当年月日欄に記入する日付は以下のとおりです。

1. 国外居住者は、住民票の転出日の翌日
2. 海外で40歳になった場合は、40歳の誕生日の前日
3. 施設入所者は、入所日の翌日
4. ①40歳以上で入社した場合は、健保の資格取得日
②40歳未満で入社した場合は、40歳の誕生日の前日

(令和6年12月)