

各地総務担当部門（大阪本社は人事部）宛

| | | | | | |
|-----------|-------|------|-----|-----|-----|
| 健康保険組合記入欄 | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| 処理年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 整理ナンバー | | | | | |

介護保険適用除外 該当・不該当 届

| | | | | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------------|-------|---------------|---|-----|
| 健康保険被保険者証 記号 | 06272728 社員No. | 氏名 | 健保 太郎 | | 性別 | 男 女 |
| 1 | 1234 | 1234-5 | 生年月日 | 昭和 24年 4月 24日 | | |
| 被保険者の現住所 | | 〒550-0002 大阪市西区江戸堀1-2-3 | | | 留守宅となる場合は国内の住所を、引き払って国外に居住する場合は空欄にして下さい | |

| | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------|------------------------------------|--------|-------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 介護 適用 除外 対象 者 | 被 保 険 者 本 人 | 除外の理由 | 1. 国外居住 2. 施設入所 3. 在留資格1年未満の外国人 | | | | |
| | | 該当・不該当の年月日 | 平成20年4月1日 | 該当・不該当 | 施設の名称・住所・電話 | | |
| | | 居住地 | 広州省 市 中国 | | | | |
| | 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | | 性別 | | 除外の理由 | 1. 国外居住 2. 施設入所 3. 在留資格1年未満の外国人 |
| | | 生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | | 施設の名称・住所・電話 | |
| | | 該当・不該当の年月日 | 年 月 日 | 該当・不該当 | | | |
| | 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | | 性別 | | 除外の理由 | 1. 国外居住 2. 施設入所 3. 在留資格1年未満の外国人 |
| | | 生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | | 施設の名称・住所・電話 | |
| | | 該当・不該当の年月日 | 年 月 日 | 該当・不該当 | | | |
| | 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | | 性別 | | 除外の理由 | 1. 国外居住 2. 施設入所 3. 在留資格1年未満の外国人 |
| | | 生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | | 施設の名称・住所・電話 | |
| | | 該当・不該当の年月日 | 年 月 日 | 該当・不該当 | | | |
| 被 扶 養 者 欄 | 氏名 | | 性別 | | 除外の理由 | 1. 国外居住 2. 施設入所 3. 在留資格2年未満の外国人 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 続柄 | | 施設の名称・住所・電話 | | |
| | 該当・不該当の年月日 | 年 月 日 | 該当・不該当 | | | | |

| | |
|---------|---|
| 事業主の証明欄 | <input type="checkbox"/> 社命により適用除外に 該当・不該当 のため届出する。 |
| | <input type="checkbox"/> 調査の結果、上記の届出に相違の無い事を証明する。 |
| | 年 月 日 住所 事業主 氏名 |

(記入方法)

1. 介護保険適用除外に該当するときは該当に○を、不該当のときは不該当に○をしてください。
2. 被保険者が該当するときは「現住所」欄に異動前の国内の住所を、「居住地」欄には異動後の住所を記入してください。

(添付書類)

1. 適用除外の理由で、2に○をされた方は、「入所・入院証明」
2. 適用除外の理由で、3に○をされた方は、「外国人登録証明書(写)」及び雇用契約期間を証明できる書類。

(その他、注意事項)

1. 鉛筆書き、記入洩れは受けられません。
2. 対象者が当健保組合の資格を喪失するときは提出不要です。