

介護保険適用除外等 該 当 非該 当 届 (正)

常務理事	事務長	課 長	係 長	係 員

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号

(ア) 被 保 険 者 の 氏 名	(イ)	性 別	生 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/>	男1	昭5 年 月 日 平7
(印)	<input type="checkbox"/>	女2	

(ウ) 被扶養者の氏名	(工)	性別	(オ)	続柄	(カ)	生 年 月 日
(氏) (名)	<input type="checkbox"/>	男1	<input type="checkbox"/>	昭5	年 月 日	
()	<input type="checkbox"/>	女2	<input type="checkbox"/>	平7		
()	<input type="checkbox"/>	男1	<input type="checkbox"/>	令9		
()	<input type="checkbox"/>	女2	<input type="checkbox"/>	昭5		
()	<input type="checkbox"/>	男1	<input type="checkbox"/>	平7		
()	<input type="checkbox"/>	女2	<input type="checkbox"/>	令9		

(キ)被保険者の住所	〒 -
------------	-----

(ク) 被扶養者の住所	郵便	除票の事実
()	〒 -	
()	〒 -	
()	〒 -	

適用除外の事由	該 当 の別	該 当 の年月日	* 被扶養者番号
国外居住者	<input type="checkbox"/> 該 当 1	令和 年 月 日	
身体障害者療養施設入所者	<input type="checkbox"/> 非該 当		
在留資格1年未満の外国人	<input type="checkbox"/> 該 当 2		
	<input type="checkbox"/> 非該 当 2		

(コ)入居施設の名称	
(サ)入居施設の所在地	〒 -
電 話	()

事業者所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	()

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印

被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
 記入の方法及び添付書類は、別紙に書いてありますのでよく読んで下さい。
 「*」欄は記入しないで下さい。

【記入の方法】

1. イ及びエの性別は、該当する欄()に を付して下さい。
2. 及びカの生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合

○	昭5	年	月	日
	平7			
		3	2	0
			2	0
				7

のように記入して下さい。

3. オは、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」など詳しく記入して下さい。
4. の適用除外等の事由は、該当する欄()に を付して下さい。
5. の該当、非該当の別は、該当する欄()に を付して下さい。
6. の該当・非該当の年月日は、たとえば、令和2年4月1日の場合は、

令和	年	月	日
1	2	4	1

のように記入して下さい。

7. コ及びサは、 で2に を付された方のみ記入して下さい。
8. クは国内に住民票がある場合、国内の住所を記載して下さい。除票をして国内に住所を有しない場合は、「除票の事実」欄に「 」を付して下さい。