

## 介護保険 適用除外該当・非該当届

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	-		事業所名				
	被保険者氏名			生年月日	昭和	年	月	日
	区分とその 該当年月日	届出区分 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当	該当年月日	令和	年	月	日
	該当事由 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ①海外居住者（日本国内に住所がない方） <input type="checkbox"/> ②適用除外施設に入所している方 <input type="checkbox"/> ③在留期間3ヵ月以下の外国人						
	対象者 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 被保険者 ※被扶養者の方が海外に帯同（帰国）するような場合は両方に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 被扶養者 氏名 _____ 生年月日 昭和 年 月 日 続柄 _____						
届出以降の 住所								

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> ①国外居住者は住民票の除票（国外居住中に40歳到達したような場合は事業主の駐在証明書） <input type="checkbox"/> ②適用除外施設入所者は入所または入院証明書 <input type="checkbox"/> ③在留資格3ヵ月未満の外国人は資格外活動許可書等と雇用契約期間を証明できる書類
------------------	--

■注意事項

- ・ **40歳以上65歳未満の方**が上記の適用除外事例に該当する場合は、介護保険の被保険者にはならず保険料徴収の対象から除外されます。保険料の徴収に影響しますので該当者の方は速やかに健保組合に届け出てください。

事 業 主 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 _____ 名 称 _____ 事業主 _____
------------------	---

健 保 組 合		
決 裁	処 理	

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者