

介護保険 適用除外 **該 当 届** 非該当

届出日 令和 年 月 日

健康保険証 の記号番号	(記号) (番号) —	被保険者氏名	
事業所名			
届出以降の 被保険者住所			

被扶養者	氏名	続柄	性別	生年月日
			男・女	昭和 年 月 日
	届出以降の住所			

※身体障害者療養施設入所者の場合は入所施設名も記入してください。

区分とその 対象年月日	1. 該 当	該当理由	1. 国外居住者
	2. 非該当		2. 身体障害者療養施設入所者
	令和 年 月 日		3. 在留期間1年未満の外国人

注意事項

- ① この届出の対象となるのは40歳以上65歳未満の被保険者および被扶養者の方です。
- ② 国内に住所を持たなくなる場合は住民票の除票を添付してください。
- ③ 身体障害者療養施設に入所する場合は入所許可証を添付してください。

事業主証明欄
所在地 事業所名 事業主名

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当