

届書コード	処理区分	届書
2   2   6		

## 介護保険適用除外等 該 非 該 当 届

常務理事	事務長	次 長	課 長	係 長	係 員

正

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号

⑦ 被保険者の氏名	① 性別	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	昭 5 年 月 日 平 7 令 9

⑦ 被扶養者の氏名	⑤ 性別	④ 続柄	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 年 月 日 平 7 令 9

⑥ 被保険者の住所	〒 —	⑦ 被扶養者の住所	〒 —	⑧ 備 考	
--------------	-----	--------------	-----	----------	--

④ 適用除外等の事由	⑤ 該 当 非該当 の別	⑥ 該 当 非該当 の年月日	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因	送 信
国外居住者 1	該 当 1 非該当 2	令和 年 月 日			
身体障害者療養施設入居者 2					
在留資格3か月以下の外国人 3					

⑨ 入居施設の名称	
⑩ 入居施設の所在地	〒 —
電 話 番 号	( 局 ) 番

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	㊟
電 話 番 号	( 局 ) 番

社会保険労務士の提出代行者印
㊟

◎ 「※」欄は記入しないでください。

④の適用除外等の事由で、  
 ①に○をされた方は、「住民票の除票」を添付してください。  
 ②に○をされた方は、「入所・入院の証明書を添付してください。  
 ③に○をされた方は、「在留期間を証明する書類（旅券（パスポート）の裏面に押される「上陸許可認印（写）」、  
 「資格外活動許可書（写）」など）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」などを添付してください。