

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 番号	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				

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				
		施設の名称 ・住所 ・電話					
		該当・不該当 の年月日	平成20年4月1日	該当	不該当		
	居住地	同上					
	被 扶 養 者 欄	氏 名	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			
			施設の名称 ・住所 ・電話				
			該当・不該当 の年月日	平成 20年 4月 1日	該当	不該当	
		居住地	同上				
		氏 名	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			
			施設の名称 ・住所 ・電話				
	該当・不該当 の年月日		平成 20年 4月 1日	該当	不該当		
	居住地	同上					
者 欄	氏 名	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				
		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		
	居住地						
	氏 名	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				
		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			
居住地							

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

印

(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。