

【記入例】

# 介護保険適用除外 該当 届 不該当

|      |      |      |
|------|------|------|
| 一次確認 | 二次確認 | スタッフ |
|      |      |      |

|  |                  |                  |                          |    |    |            |    |   |   |  |
|--|------------------|------------------|--------------------------|----|----|------------|----|---|---|--|
| <small>この届出は、40歳以上65歳未満の被保険者等が、①海外滞在期間(1住</small><br><small>年未満の移した、短期滞在(の)②外国人等)に該当する者等が、①海外滞在期間(1住</small> | 健康保険被保険者証の<br>記号 | 健康保険被保険者証の<br>番号 | 被保険者氏名                   |    | 性別 | 生 年 月 日    |    |   |   |  |
|  | 6666             | 1                | 健保                       | 一郎 | 男  | 昭和5<br>平成7 | 44 | 5 | 1 |  |
| 被保険者住所   |                  |                  | 〒 111 - 220△ 東京都新宿区〇一△一× |    |    |            |    |   |   |  |

『※』欄は被扶養者の届出の際ご記入ください(被保険者は省略可)

| ※ 適用除外 <small>該当</small> 者の氏名 | ※性別 | 続柄 | ※生 年 月 日  | 適用除外事由                    | 該 当 の 別 <small>不該当</small> | 該 当 の 年 月 日 <small>不該当</small> |   |   |   |
|-------------------------------|-----|----|-----------|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|---|---|
|                               | 男   | 本人 | 昭和5 年 月 日 | 1.海外居住<br>2.施設入居<br>3.その他 | 1. 該 当<br>2. 不該当           | 平成7<br>令和9                     | 3 | 1 | 1 |
| 適用除外該当・不該当者の住所                |     |    | 入居施設名     |                           | 入 居 施 設 所 在 地              |                                |   |   |   |
| 〒 -<br>アメリカ合衆国                |     |    |           |                           | 〒 - TEL ( )                |                                |   |   |   |

| 適用除外 <small>該当</small> 者の氏名 | 性別 | 続柄 | 生 年 月 日   | 適用除外事由                    | 該 当 の 別 <small>不該当</small> | 該 当 の 年 月 日 <small>不該当</small> |  |  |  |
|-----------------------------|----|----|-----------|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|--|
|                             | 男  |    | 昭和5 年 月 日 | 1.海外居住<br>2.施設入居<br>3.その他 | 1. 該 当<br>2. 不該当           | 平成7<br>令和9                     |  |  |  |
| 適用除外該当・不該当者の住所              |    |    | 入居施設名     |                           | 入 居 施 設 所 在 地              |                                |  |  |  |
| 〒 -                         |    |    |           |                           | 〒 - TEL ( )                |                                |  |  |  |

確認欄 この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。



①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付印

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| 事業所所在地 | 〒 111 - 0000<br>東京都千代田区〇一△一× |
| 事業所名称  | (株)〇〇                        |
| 事業主氏名  | 健保 太郎                        |
| 電話番号   | 03 ( 1111 ) 局 00△△ 番         |