

【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海外居住期間(1住</small> <small>年未満の移住した、滞場(の)以上65歳未満の被保険者等が、①海外居住期間(1住</small>	健康保険被保険者証の 記号	健康保険被保険者証の 番号	被保険者氏名		性別	生 年 月 日			
	6666	1	健保	一郎	男	昭和5 平成7	44	5	1
被保険者住所 〒 111 - 22〇△ 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 2.施設入居 3.その他	1. 該 当 2. 不該当	平成7 令和9 3 月 1 日	
適用除外 <small>該当</small> ・ 不該当 者の住所		入居施設名		入 居 施 設 所 在 地			
〒 - 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 2.施設入居 3.その他	1. 該 当 2. 不該当	平成7 令和9 年 月 日	
適用除外 <small>該当</small> ・ 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 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