

介護保険適用除外等 該当 非該当 届 (正)

被保険者証の記号	被保険者証の番号
1003	450

保険証の記号・番号を必ず記入してください。

いずれかを○で囲んでください。
※ 40歳以上の歳末滞りの被保険者・帰国(帰国)する被扶養者が対象。

被保険者の氏名		性別	生年月日				
姓	名		元号	年	月	日	
健保	太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭和 平成 令和	4	5	12	06

被扶養者の氏名		性別	生年月日				
姓	名		元号	年	月	日	
(I) 健保	花子	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	昭和 平成 令和	5	00	01	17
(II)							

帯同(帰国)する被扶養者の氏名・性別・続柄・生年月日を記入してください。

被保険者の住所
〒140-0003 東京都品川区東品川1-2-3-205

・該当届の場合……最後の住所を記入してください。
・非該当届の場合……帰国後の住民票上の住所を記入してください。

適用除外等の事由	該当・非該当の別	該当・非該当の年月日				
		元号	年	月	日	
<input checked="" type="radio"/> 国外居住者 <input type="radio"/> 身体障害者療養施設入居者 <input type="radio"/> 在留資格3か月以下の外国人	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	平成 令和	0	1	06	01

被扶養者の住所	備考
(I) 〒140-0003 東京都品川区東品川1-2-3-205	海外転勤のため
(II) 〒 -	

転勤により国内から国外へ又は国外から国内へ転居した場合には、その旨を記入してください。

事業所所在地	〒140- 東京都品川
事業所名称	(株)JTB
事業主氏名	代表取締役 ○○ ○○

いずれかを○で囲んでください。
・該当……適用除外等の理由に該当した場合
・非該当……適用除外等の理由が止んだ場合

入居施設の種類	〒 -
入居施設の所在地	

いずれかを○で囲んでください。
・国外居住者……転勤により日本国内から外国へ転居した場合
・身体障害者療養施設入居者……介護保険施設、特定施設等に入所した場合

令和 1年 6月 3日 提出

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
◎ ただし、転勤により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印

「適用除外等の事由」が「身体障害者療養施設入居者」である場合は、入居しているまたは入居していた施設の名称及び所在地を記入してください。