

介護保険被保険者適用除外 (該当) ・ 不該当) 届

令和 ○○年 ○○月 ○○日 提出				*太線の枠内をご記入下さい。				提出：被保険者⇒事業主⇒健保組合				
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	ふりがな	けんぼ しんのすけ		生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日			年齢	○○ 歳	
	○○○○	○○○○	氏名	健 保 慎 之 介								
適用除外 該当・不該当 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 海外又は国内に住居を異動(居住していた市区町村に転出(入)届を提出した者) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所又は退所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人又は短期滞在ではなくなった					第2号被保険者の適用除外に該当又は不該当となる被扶養者						
	異動年月日 令和 ○○年 ○○月 ○○日					氏名		続柄		異動年月日 令和 年 月 日		
適用除外 該当・不該当 理由	<input type="checkbox"/> 海外又は国内に住居を異動(転出・転入) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所又は退所(名称・所在地記入) <input type="checkbox"/> 在留資格1年未満の外国人又は短期滞在ではなくなった					氏名		続柄		異動年月日 令和 年 月 日		
						入居施設 の名称		入居施設 の所在地		TEL ()		
決定 適用除外 とならない理由	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者 <input type="checkbox"/> 適用除外 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 適用 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 被扶養者が国内に住所を有しているため <input type="checkbox"/> 残留被扶養者に第2号被保険者に該当する者がいるため <input type="checkbox"/> その他 () 不該当年月日 令和 年 月 日					氏名		続柄		異動年月日 令和 年 月 日		
	事業所所在地 東京都○○区○○ ○○丁目○○番地○○号 名称 ○○○○○○株式会社 事業主 代表取締役社長 ○ ○ ○ ○ 電話 ○○ (○○○) ○○○○代					入居施設 の名称		入居施設 の所在地		TEL ()		

*下記には記入しないで下さい。

従前における 被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者
出向又は帰任後の 被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者
決 適用除外年月日 又は適用年月日	<input type="checkbox"/> 適用除外 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 適用 令和 年 月 日
定 適用除外 とならない理由	<input type="checkbox"/> 被扶養者が国内に住所を有しているため <input type="checkbox"/> 残留被扶養者に第2号被保険者に該当する者がいるため <input type="checkbox"/> その他 ()
不該当年月日	令和 年 月 日

事業所 所在地	東京都○○区○○ ○○丁目○○番地○○号
名称	○○○○○○株式会社
事業主	代表取締役社長 ○ ○ ○ ○
電話	○○ (○○○) ○○○○代

氏名			続柄			異動年月日 令和 年 月 日		
氏名			続柄			異動年月日 令和 年 月 日		
入居施設 の名称			入居施設 の所在地			TEL ()		
入居施設 の名称			入居施設 の所在地			TEL ()		

受付印

* この届出に記載された個人情報は、健保組合の業務を遂行するために収集し利用します。