

正

# 介護保険適用除外等 該当届

常務理事	事務長	担当

① 記号	② 被保険者証の 番号
---------	-------------------

※
---

自署してください。

⑦ 被保険者の氏名
--------------

③ 生年月日
-----------

⑧ 被扶養者の氏名
--------------

⑨ 続柄	⑩ 生年月日
---------	-----------

(氏)	(名)
-----	-----

昭和 平成	年	月	日
----------	---	---	---

(氏)	(名)
-----	-----

昭 平	年	月	日
--------	---	---	---

⑪被保険者の住所	〒	—
----------	---	---

〒	—
---	---

⑫備考
-----

⑬適用除外等の理由
-----------

⑭該当 非該当 の別
------------------

⑮該当 非該当 の年月日
--------------------

国外居住者 身体障害者療養施設入居者 在留資格3か月以下の外国人
--

該当 非該当
-----------

令和	年	月	日
----	---	---	---

⑯入居施設の名称
----------

⑰
---

〒	—
(	局)
	番

年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	(	局)
		番

受付日付印

- ◎記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んでください。
- ◎「※」欄は記入しないでください。
- ◎任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。

# 介護保険適用除外等該当届 非該当

副

① 記号	② 被保険者証の 番号	自署してください。			
※					
ア 被保険者の氏名		③ 生年月日		ウ 被扶養者の氏名	
(氏) (名)		昭和 年 月 日 平成		オ 続柄	
(氏) (名)		昭和 年 月 日 平成		カ 生年月日	
(氏) (名)		昭和 年 月 日 平成		昭和 年 月 日 平成	
④被保険者の住所		〒		備考	
④ 適用除外等の理由		⑤ 該当 非該当 の別		⑥ 該当 非該当 の年月日	
国外居住者 身体障害者療養施設入居者 在留資格3か月以下の外国人		該当 非該当		令和 年 月 日	
⑦ 入居施設の名称		〒			
⑧		( 局) 番			
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号		〒 ( 局) 番			

上記のとおり介護保険適用除外等該当届又は非該当届の確認をしましたので通知します。

年 月 日

京三製作所健康保険組合理事長

【記入の方法】 自署してください。

1. ③及び⑦の生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合

昭 平	年		月		日
	3	2	0	2	0

のように記入してください。

2. ④は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」、など詳しく記入してください。  
3. ④の適用除外等の事由は、該当を○で囲んでください。  
4. ⑤の該当・非該当の別は、該当を○で囲んでください。  
5. ⑥の該当・非該当の年月日は、たとえば、令和元年6月1日の場合は

令和	年	月	日		
0	1	0	6	0	1

のように記入してください。

6. 転勤により国内から国外へ又は外国から国内へ転居した場合には、⑦にその旨を明記してください。  
7. ③及び④は、④で「身体障害者療養施設入居者」に○をされた方のみ記入してください。

【この届に添付して提出するもの】

1. ④の適用除外等の事由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」。  
2. ④の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、「入所・入院の証明書」。  
3. ④の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、在留期間を証明する書類（旅券（パスポート）の裏面に押される「上陸許可認印（写）」、「資格外活動許可書（写）」など）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。