

# 介護保険適用除外等 該 当 届 不該当

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印			雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
	伺 令 和 年 月 日						
	常 務 理 事		事 務 長			係	

令和 ×年 ×月 ×日提出

記 号	1010	被保険者氏名	健保 太郎				
番 号	99999	生年月日	昭・平	××年	×月	×日	
被保険者住所	〒 8351 25th Ave SW Unit C Seattle, WA 98106, U.S.A						
該 当 非 該 当 の 別	1. 該 当 2. 非該当	除外等 の 理 由	1. 除外居住者		該 当 非 該 当	令 和 年 月 日	
			2. 身体障害者療養施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人				
		入居施設の名称			年	月	日
		入居施設の所在地 電 話 番 号			×	×	×
		「除外等の理由」が「2. 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および所在地を記入してください。			×	×	×
					×	×	×

除外居住者の該当・不該当年月日について

- ・ 海外へ転出の場合→住民票（戸籍附票）の転出日の翌日
- ・ 国内へ転入の場合→住民票の転入日

被扶養者である配偶者が該当・不該当の場合は、下記被扶養者欄に記入してください。

被扶養者氏名	健保 花子	生年月日	昭・平	××年	×月	×日	続 柄	妻
被扶養者住所	〒 同上							
該 当 非 該 当 の 別	1. 該 当 2. 非該当	除外等 の 理 由	1. 除外居住者		該 当 非 該 当	令 和 年 月 日		
			2. 身体障害者療養施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人					
		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 番 号			年	月	日	
			(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。 提出先：各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者） *健康保険組合へ提出ではありません。		×	×	×	

※適用除外・適用事実日の確認ができる証明書の写しを添付してください。  
 ※除外居住の証明書は〈海外へ転出時：住民票除票または戸籍附票〉〈国内へ転入時：住民票〉の写しを添付してください。