介護保険適用除外等 該当 / 不該当 届

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

被保険者等記号・番号（＊1）	記号	1010	被保険者氏名生年月日	健保　太郎	
	番号	99999		昭・平 ×× 年 × 月 × 日	
被保険者住所(住民票)	〒　－　8531 25th Ave SW Unit C Seatle 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 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	該当非該当年月日	令和	年 月 日 × × × × × ×
「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。			入居施設の名称			
			入居施設電	〒　－		

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。

被扶養者氏名生年月日	健保　花子 昭・平 ×× 年 × 月 × 日			続柄	妻
被扶養者住所(住民票)	〒　－ 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 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	該当非該当年月日	令和　年 月 日 × × × × × ×
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	**（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。**				

（＊１）被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書（R7.12.1 までは健康保険証）、④事業所の健康保険担当部門（人事・総務/担当者）のいずれかでご確認ください。

※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。