

# 介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

正

|          |          |
|----------|----------|
| ① 被保険者記号 | ② 被保険者番号 |
|          |          |

|      |     |    |    |   |
|------|-----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係 |
|      |     |    |    |   |

|           |            |                  |
|-----------|------------|------------------|
| ③ 被保険者の氏名 | ④ 性別       | ⑤ 生年月日           |
| (氏) (名)   | 男 1<br>女 2 | 昭 5 年 月 日<br>平 7 |

|           |            |      |                  |
|-----------|------------|------|------------------|
| ⑥ 被扶養者の氏名 | ⑦ 性別       | ⑧ 続柄 | ⑨ 生年月日           |
| (氏) (名)   | 男 1<br>女 2 |      | 昭 5 年 月 日<br>平 7 |

|          |     |          |     |     |
|----------|-----|----------|-----|-----|
| ⑩被保険者の住所 | 〒 — | ⑪被扶養者の住所 | 〒 — | ⑫備考 |
|----------|-----|----------|-----|-----|

|                 |               |                 |
|-----------------|---------------|-----------------|
| ⑬ 適用除外等の事由      | ⑭ 該 当 非該 当 の別 | ⑮ 該 当 非該 当 の年月日 |
| 国外居住者 1         | 該 当 1         | 年 月 日           |
| 身体障害者療養施設入居者 2  | 非該 当 2        | 年 月 日           |
| 在留資格3か月以下の外国人 3 |               | 年 月 日           |

|            |         |
|------------|---------|
| ⑯ 入居施設の名称  | 〒 —     |
| ⑰ 入居施設の所在地 |         |
| 電 話        | ( 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    | ( 局 ) 番 |

受付日付印

|               |
|---------------|
| 社会保険労務士の提出代行者 |
|               |

# 介護保険適用除外等 該 当 非 該 当 確認通知書

副

|   |                 |   |            |   |               |   |   |                   |         |           |             |            |    |   |      |   |   |   |
|---|-----------------|---|------------|---|---------------|---|---|-------------------|---------|-----------|-------------|------------|----|---|------|---|---|---|
| ① | 被保険者記号          | ② | 被保険者番号     |   |               |   |   |                   |         |           |             |            |    |   |      |   |   |   |
| ③ | 被保険者の氏名         | ④ | 性別         | ⑤ | 生年月日          |   |   | ⑥                 | 被扶養者の氏名 | ⑦         | 性別          | ⑧          | 続柄 | ⑨ | 生年月日 |   |   |   |
|   | (氏)   (名)       |   | 男 1<br>女 2 |   | 昭 5           | 年 | 月 | 日                 |         | (氏)   (名) |             | 男 1<br>女 2 |    |   | 昭 5  | 年 | 月 | 日 |
|   |                 |   |            |   | 平 7           |   |   |                   |         |           |             |            |    |   | 平 7  |   |   |   |
| ⑩ | 被保険者の住所         |   |            | ⑪ | 被扶養者の住所       |   |   | ⑫                 | 備考      |           |             |            |    |   |      |   |   |   |
| ⑬ | 適用除外等の事由        |   |            | ⑭ | 該 当 非 該 当 の 別 |   | ⑮ | 該 当 非 該 当 の 年 月 日 |         | ⑯         | 入居施設の名称     |            |    |   |      |   |   |   |
|   | 国外居住者 1         |   |            |   | 該 当 1         |   |   | 年 月 日             |         | ⑰         | 入居施設の所在地    |            |    |   |      |   |   |   |
|   | 身体障害者療養施設入居者 2  |   |            |   | 非 該 当 2       |   |   |                   |         |           | 電 話 ( 局 ) 番 |            |    |   |      |   |   |   |
|   | 在留資格3か月以下の外国人 3 |   |            |   |               |   |   |                   |         |           |             |            |    |   |      |   |   |   |

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いたしましたので通知します。

|        |       |   |   |
|--------|-------|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 —   |   |   |
| 事業所名称  |       |   |   |
| 事業主氏名  |       |   |   |
| 電 話    | ( 局 ) | 様 | 番 |

年 月 日

受付日付印

埼玉機械工業健康保険組合理事長

【記入の方法】

- ④及び⑦の性別は、該当する数字を○で囲んでください。
- ⑤及び⑧の生年月日は、たとえば、昭和52年9月6日生まれの場合

|     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 昭 5 | 年 | 月 | 日 |   |   |   |
| 平 7 | 5 | 2 | 0 | 9 | 0 | 6 |

のように記入してください。

- ⑧は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」など詳しく記入してください。
- ⑬の適用除外等の事由は、該当する数字を○で囲んでください。
- ⑭の該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲んでください。
- ⑮の該当・非該当の年月日は、たとえば、令和3年4月1日の場合は

|    |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|
| 令和 | 年 | 月 | 日 |   |   |
| 0  | 3 | 0 | 4 | 0 | 1 |

のように記入してください。

- 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、⑫にその旨を明記してください。
- ⑯及び⑰は、⑬で2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】

- ⑬の適用除外等の事由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」。
- ⑬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」。
- ⑬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。