

介護保険 適用除外 開始 届
終了 届

届出年月日		年 月 日		健保組合	常務理事		事務局長		主査		担当者	
事業所の名称								所 属				
記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名			生年月日		資格取得年月日			電話番号		
					年 月 日		年 月 日					
届出事由		該当する項目に○を付け、必要事項を記入下さい。 ①国内に住所を有しない者（海外駐在等） 海外勤務先事業所名（ ） ②在留資格が3ヶ月以下の外国人 国籍（ ） 滞在見込み期間（ ～ 年 月 日迄） ③身体障害者療護施設などの適用除外施設へ入所（退所） 入所先 名 称（ ） TEL（ ） 所在地（ ） ④国内帰国者										
届 出 区 分		対象者氏名		性別	続柄	生年月日		適用除外 開始 終了 日		備 考		
開始 終了						年 月 日		年 月 日				
開始 終了						年 月 日		年 月 日				
開始 終了						年 月 日		年 月 日				
開始 終了						年 月 日		年 月 日				
開始 終了						年 月 日		年 月 日				

※注意事項

- ・対象者氏名は被保険者及び被扶養者に区別なく、対象となる全員を記入して下さい。
- ・海外駐在等による場合は、40歳以上者だけでなく帯同者全員記入して下さい。
- ・健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。
- ・適用除外開始日は住所を移した日、終了日は住所を移した日の前日を記入願います。

※添付書類

- ①海外駐在等・・・・・・住民票除票の写し（個人番号の記載がないもの）
- ②短期滞在の外国人・・・・ビザ等の写し
- ③適用除外施設へ入所・・入所証明書など入所の判明する書類の写し
- ④国内帰国者・・・・・・特に必要ありません

【事業所記入欄】

担当者名	年 月 日受付	備考欄	
------	---------	-----	--