

介護保険 適用除外 開始 終了 届

届出年月日	年 月 日	常務理事	事務局長	課長	担当者	
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、必要事項を記入ください。 ①国内に住所を有しない者（海外勤務等） 海外勤務先事業所名（ ） ②在留資格または在留見込み期間が1年未満の短期滞在の外国人 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（ ）					
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

- ①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ください。
- ②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ください。
- ③適用除外（開始・終了）日は住所を移した日を記入願います。
- ④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。

・添付書類

- ①海外駐在等・・・特に必要ありません
- ②短期滞在の外国人・・・外国人登録証・ビザ等の写し
- ③適用除外施設へ入所・・・入所証明書証など入所の判明する書類の写し

・提出先

〒790-0011
 愛媛県松山市千舟町5-6-1 ひめぎん末広町ビル
 富士通健康保険組合 事務サポートセンター 特例退職または任意継続担当 宛