正	副

介護保険 適用除外 該当 非該当 届

◎ 本書には副としてコピーを添付してください。
◎ 当該届に関する確認通知書は副をもってかえさせていただきます。
◎ 適用除外の届出を行う場合は、適用除外の理由を証明する書類（住民票の除票等）の添付が必要です。

確 認 日 付 印

令和　　年　　月　　日 提出

提出者記入欄		
	事業所記号	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	

社会保険労務士記載欄
氏　名　等

被保険者								
	番号	（右づめ）						
	氏名（注）			生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	該当非該当の別	1.該当 2.非該当 3.被扶養者のみ	除外等の理由	1.国外居住のため 2.身体障がい者療養施設入居のため 3.在留資格３か月以下の外国人のため	該当非該当年月日	9.令和	年	月	日

（注）転動により「国内から国外」または「国外から国内」へ転居した場合は、被保険者本人による署名等は不要です。
40歳以上65歳未満の配偶者等が「国内から国外」または「国外から国内」へ転居する場合は、下記被扶養者欄に記載してください。
「適用除外該当日」は「住民票の転出日の翌日」、「適用除外非該当日」は「住民票の転入日」を記載してください。

被扶養者①									
	氏名		続柄		生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	該当非該当の別	1.該当 2.非該当	除外等の理由	1.国外居住のため 2.身体障害者療養施設入居のため 3.在留資格３か月以下の外国人のため	該当非該当年月日	9.令和	年	月	日

被扶養者②									
	氏名		続柄		生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	該当非該当の別	1.該当 2.非該当	除外等の理由	1.国外居住のため 2.身体障害者療養施設入居のため 3.在留資格３か月以下の外国人のため	該当非該当年月日	9.令和	年	月	日

三井健康保険組合