正	副

介護保険 適用除外 該当 非該当 届

記入例

◎ 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 7 年 4 月 7 日 提出

提出者記入欄		
事業所記号	9 9 9 9	
事業所所在地	〒 103 - ○○○○ 東京都 中央区 ○○ 2-5-7	
事業所名称	○ ○ ○ ○ 株式会社	
事業主氏名	□ 本 □ 史	
電話番号	03 - 1234 - 5678	

社会保険労務士記載欄
氏 名 等 ○ 田 ○ 男

被保険者											
番号	（右づめ） 2 7 1 4 5										
氏名（注）	○ 宮 ○ 広			生年月日	5.昭和 7.平成	年 4 9	月 0 3	日 1 6			
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 0 7	月 0 4	日 0 1			

（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	○ 宮 ○ 子		続柄	妻	生年月日	5.昭和 7.平成	年 4 8	月 0 6	日 0 2		
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 0 7	月 0 4	日 0 1		

被扶養者②											
氏名					生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
該当非該当の別					該当非該当年月日	9.令和	年	月	日		

三井健康保険組合