

介護保険適用除外 **該当** 届  
不該当

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号
〇〇〇	〇〇〇〇

常務理事	事務長	課長	係長	係員

(ア) 被保険者の氏名		(イ) 性別	③ 生 年 月 日					
(フリガナ) ケンボ	タロウ	男 1	5 昭	年	月	日		
(氏) 健保	(名) 太郎	・ 女 2	7 平	〇	〇	〇	〇	
			9 令					

(ウ) 被扶養者の氏名		(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日					
(フリガナ) ケンボ	アイコ	男 1	妻	5 昭	年	月	日		
(氏) 健保	(名) 愛子	・ 女 2		7 平	〇	〇	〇		
				9 令					

(キ) 被保険者の住所	〒 ー 1212 Hollywood Blvd., Hollywood, CA90028, USA 〇〇〇 ( 〇〇〇局 ) 〇〇〇〇 番	(ク) 被扶養者の住所	〒 ー 同左 ( 局 ) 番	(ケ) 備考
-------------	--	-------------	----------------------	--------

④ 適用除外の事由	⑤ 該当の別 不該当	⑥ 該当の年月日 不該当	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因
国外住居者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格三ヶ月以下の外国人 3	該当 1 ・ 不該当 2	令和 年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇		

(コ) 入居施設の名称	〒 ー
(サ) 入居施設の所在地	( 局 ) 番

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 ー ( 局 ) 番 (印)
--------------------------------	--------------------

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

※添付書類が必要です (次ページ参照)

## 添付書類

介護保険適用除外 該当 (海外に赴任される場合等)

1. 適用除外等の事由が「国外居住者」である場合：住民票の除票（コピー不可・個人番号の記載がないもの）
2. 適用除外等の事由が「身体障害者療養施設入居者」である場合：施設等に入所・入院していることを証明する書類
3. 適用除外の事由が「在留資格3か月以下の外国人」である場合：在留期間を証明する書類（※）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など

※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

介護保険適用除外 非該当 (海外赴任から帰国される場合等)

1. 適用除外等の事由が「国外居住者」である場合：住民票（コピー不可・個人番号の記載がないもの）
2. 適用除外等の事由が「身体障害者療養施設入居者」である場合：施設等の退所または退院証明書
3. 適用除外の事由が「在留資格3か月以下の外国人」である場合：住民票