

介護保険適用除外（該当・非該当）届

常務理事	事務局長	事務局次長	部 長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	係

◎裏面の記入方法をよく読んでから記入してください。

被保険者等記号	番号

被保険者の氏名		性別	生 年 月 日			被保険者の住所	
(氏)	(名)	男 女	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	〒
被扶養者の氏名		性別	生 年 月 日			続柄	被扶養者の住所
(氏)	(名)	男 女	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	〒

①適用除外の事由		②該当の別 非該当	③ 該 当 の年月日 非該当				④入所施設 の名称	
国外居住者	1	1. 該 当 2. 非該当	9. 令和	年	月	日	⑤入所施設 の所在地 電話番号	〒
身体障害者療養施設入所者	2							
在留資格3か月以下の外国人	3							
備 考								

令和 年 月 日 提出

事業所 所在地	〒
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話番号	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

月分保険料(月告知書発送)で計算します。

出版健康保険組合
令和6年12月2日改定

【記入の方法】

1. 「①適用除外の事由」は、該当する数字を○で囲んでください。
2. 「③該当・非該当の年月日」は、該当または非該当となった年月日を記入してください。
※該当の場合、除票された日(転出日の翌日)、入所日等
非該当の場合、転入した日、在留資格が延長された日等
3. 「④入所施設の名称」、「⑤入所施設の所在地・電話番号」は、「①適用除外の事由」が「2」に該当した場合に記入してください。

【この届に添付するもの】

「①適用除外の事由」で、

「国外居住者」に該当する場合は、住民票の除票

「身体障害者療養施設入所者」に該当する場合は、入所・入院証明書の写し

「在留資格3か月以内の外国人」に該当する場合は、旅券(パスポート)その他在留資格を証する書類および雇用契約期間を証する書類の写し(雇用契約書等)