

常務理事	部長	係長	係

介護保険適用除外等 該 当 不該 当 届

① 健康保険被保険者証の記号番号 -						
② 被保険者の氏名と印 <div style="text-align: right;">(印)</div>	性別 男 女	生年月日 昭和 年 月 日 平成	③ 被扶養者の氏名	性別 男 女	続柄	生年月日 昭和 年 月 日 平成
④ 被保険者の住所 〒				⑤ 被扶養者の住所 〒		
⑥ 適用除外等の事由 1 国外居住者 2 身体障害者療養施設等入所者 3 在留資格3ヵ月以下の外国人	⑦ 該 当 不該 当 の 別 該 当 不 該 当	⑧ 該 当 不該 当 の 年 月 日 平成 年 月 日 令和	⑨ 入居施設の名称 入居施設の所在地 電 話	〒 ()		

大阪紙商健康保険組合理事長 様

◎ 該当事由により必要な添付書類

- 1 住民票の除票
- 2 入所・入院証明書
- 3 旅券その他在留資格を証する書類及び雇用契約書の写し

上記のとおり確認しましたので届出いたします。 令和 年 月 日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 () <div style="text-align: right;">(印)</div>

◎ この届は、介護第2号被保険者(健康保険組合加入の40歳以上65歳未満の被保険者・被扶養者)が、次の事由に該当(不該当)する場合に事業主を通じて提出してください。

- ① 海外で長期滞在のため日本国内に住民票をおかない場合 (国外居住者)
- ② 適用除外施設入所者 (身体障害者療養施設等入所者)
- ③ 外国人で在留資格3ヵ月以下の者 (在留資格3ヶ月以下の外国人)

◎ 該当(不該当)の介護第2被保険者が2名以上の場合は個々に届を提出してください。

【記入の方法】

1. ①の健康保険被保険者証欄は健康保険組合で付された記号、番号を記入してください。
2. ②の被保険者の氏名欄は、該当(不該当)が被保険者、又は、被扶養者にかかわらず記入してください。被保険者の自署の場合は押印の必要はありません。自署以外の場合は本人確認のうえ押印してください。
3. ③の被扶養者の氏名欄は、被扶養者が適用除外に該当(不該当)の場合のみ記入してください。
4. ④、⑤の被保険者及び被扶養者の住所欄は、該当の場合は該当前の住所を、不該当の場合は不該当後の住所を記入してください。
5. ⑥の適用除外等の事由欄で、2の身体障害者療養施設等入所者に該当(不該当)の場合は⑨の入居施設の名称等を記入してください。
6. 性別、生年月日、⑥適用除外等の事由及び⑦該当・不該当の別の各欄は、それぞれ該当する文(数)字を○印で囲んでください。