

記入見本

塩野義健康保険組合理事長殿

介護保険適用除外 該当届

この「届」は、満40歳以上65歳未満の被保険者や被扶養者が次に該当する場合、速やかに提出してください。

- ① 国内に住所を有しなくなったとき。(海外赴任による場合は、帯同する被扶養者分も含めて事業主が被保険者に代わって届出を行うため被保険者からの提出は不要)
- ② 身体障害者療養施設等に入所したとき。
- ③ 外国人の方で在留資格が3か月以下の方。

|                                 |                                                                                                  |                                                                                                                                                       |     |                   |       |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 1. 氏名No.                                                                                         | 2. 被保険者等                                                                                                                                              |     |                   |       |
|                                 | ×××××                                                                                            | 記号                                                                                                                                                    | ××  | 番号                | ××××× |
|                                 | 会社名                                                                                              |                                                                                                                                                       | 事業所 |                   | 所属    |
|                                 |                                                                                                  |                                                                                                                                                       |     |                   |       |
|                                 | 3. 該当者氏名                                                                                         | 性別                                                                                                                                                    | 続柄  | 生年月日              |       |
|                                 | 健保 花子                                                                                            | 女                                                                                                                                                     | 妻   | ☒昭□平 45 年 6 月 1 日 |       |
|                                 | 4. 該当理由<br>(該当に○)                                                                                | 1. 海外居住者（日本国内に住所がない方）<br>*住民票の除票（海外赴任による場合は不要）<br>② 適用除外施設（身体障害者療養施設等）入所者<br>*適用除外施設の入所または入院証明書<br>3. 在留資格3か月以下の外国人<br>*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を添付 |     |                   |       |
|                                 | 5. 該当年月日                                                                                         | 令和 3 年 7 月 1 日                                                                                                                                        |     |                   |       |
|                                 | 6. 上記のとおり相違ないことを申請いたします。<br>令和 3 年 6 月 25 日<br>被保険者 住所 <u>大阪市中央区道修町 4-7-6</u><br>氏名 <u>健保 太郎</u> |                                                                                                                                                       |     |                   |       |

以下の番号に従い該当箇所を記入して下さい。

1. 被保険者（あなた）の「氏名 No」・「分室」・「所属」を記入。

2. 被保険者等の「記号」・「番号」を記入。

3. 該当する方の 「氏名」・「性別」・「続柄」・「生年月日」を記入。

4. 該当する理由に○をする

5. 該当年月日を記入

6. 申請書を記入した「年月日」・あなたの「住所」・「氏名」を記入。

7. 8. 記入不要。

|           |                     |                    |
|-----------|---------------------|--------------------|
| 7. 事業主の証明 | 上記記載事項に相違ないことを証明します | 所在地<br>事業所<br>事業主名 |
|-----------|---------------------|--------------------|

|              |                                   |      |    |   |          |
|--------------|-----------------------------------|------|----|---|----------|
| 8. 健康保険組合処理欄 | 介護保険被保険者異動届受理欄<br>上記介護保険異動届を受理します |      |    |   | 健康保険組合受付 |
|              | 理事長                               | 常務理事 | 主任 | 係 |          |
|              |                                   |      |    |   |          |