

介護保険適用除外等

該 当
不該 当 届

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

| |
|------------------|
| ① 被保険者等 記号・番号 |
| - |

| | |
|-----------|----------------|
| ② 被保険者の氏名 | 生年月日 |
| | 昭和 平成 年 月 日 |

| | | |
|-----------|----|----------------|
| ③ 被扶養者の氏名 | 続柄 | 生年月日 |
| | | 昭和 平成 年 月 日 |

| | |
|-----------|---|
| 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 | ⑦ 該 当 不該 当 の別 | ⑧ 該 当 不該 当 の年月日 |
| 1 国外居住者 | 該 当 | 年 月 日 |
| 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 | 不 該 当 | |

| | |
|---------------------|--------------|
| 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

| | |
|---------------------------------|--------------|
| 令和 年 月 日 | |
| 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 | 〒 () |

◎ 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の被保険者等記号・番号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。
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. 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。