

正

介護保険適用除外等 該当・非該当届

常務理事	事務長	担当者

この書類は、満40～64歳の被保険者または被扶養者の方が介護保険適用除外に該当する場合、または適用除外に該当しなくなった場合の届出用です。

但し、海外への出向による届出については、届出用紙が異なりますので、勤務先の手続き担当者にご確認ください。

届出日		令和	年	月	日
申請者 (被保険者)	保険証の記号番号	記号		番号	
	氏名				

該当者 (被保険者含む)	介護保険適用除外区分 ※どちらかに✓を入れてください			<input type="checkbox"/> 該当	
				<input type="checkbox"/> 非該当	
	※被保険者が該当する場合は、被保険者の名前も記入してください				
	氏名	続柄	生年月日	年齢	
		昭和 年 月 日			
		昭和 年 月 日			
		昭和 年 月 日			

適用除外事由	下記に該当する番号の□に✓を記入し、異動年月日を記入してください			異動年月日	
	該当	<input type="checkbox"/>	1) 国内(市区町村)に住所を有しなくなった ・市区町村に届出された転出日の翌日を記入してください ※40歳の誕生日到達以前から海外に転出している場合は誕生日の前日を異動年月日に記入してください	令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/>	2) 身体障害者療養施設など適用除外施設に入所中である ・施設へ入所された日の翌日を記入してください ・施設名()	令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/>	3) 在留資格3カ月以下の外国人である ・健康保険の資格取得年月日を記入してください	令和 年 月 日	
	非該当	<input type="checkbox"/>	4) 国内(市区町村)に住所を有するようになった ・市区町村に住所を有するようになった日を記入してください	令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/>	5) 身体障害者療養施設など適用除外施設から退所した ・施設から退所された日を記入してください	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	6) 在留資格が3カ月を超過した外国人である ・住民票の転入日を記入してください	令和 年 月 日		

事業主証明欄	上記の通り証明します。 この届出は、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。				
	令和 年 月 日				
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主氏名 電話				

エクセディ健保 受付印

副

介護保険適用除外等 該当・非該当 確認通知書

届出日		令和	年	月	日
申請者 (被保険者)	保険証の記号番号	記号	番号		
氏名					

該当者 (被保険者含む)	介護保険適用除外区分 ※どちらかに✓を入れてください		<input type="checkbox"/> 該当		
			<input type="checkbox"/> 非該当		
	※被保険者が該当する場合は、被保険者の名前も記入してください				
	氏名	続柄	生年月日	年齢	
		昭和 年 月 日			
		昭和 年 月 日			
		昭和 年 月 日			

		下記に該当する番号の□に✓を記入し、異動年月日を記入してください	異動年月日
該当	<input type="checkbox"/>	1) 国内(市区町村)に住所を有しなくなった ・市区町村に届出された転出日の翌日を記入してください ※40歳の誕生日到達以前から海外に転出している場合は誕生日の前日を異動年月日に記入してください	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	2) 身体障害者療養施設など適用除外施設に入所中である ・施設へ入所された日の翌日を記入してください ・施設名()	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	3) 在留資格3カ月以下の外国人である ・健康保険の資格取得年月日を記入してください	令和 年 月 日
非該当	<input type="checkbox"/>	4) 国内(市区町村)に住所を有するようになった ・市区町村に住所を有するようになった日を記入してください	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	5) 身体障害者療養施設など適用除外施設から退所した ・施設から退所された日を記入してください	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	6) 在留資格が3カ月を超過した外国人である ・住民票の転入日を記入してください	令和 年 月 日

上記のとおり介護保険適用除外の該当または非該当の確認をいたしましたので、通知します。

令和 年 月 日
エクセディ健康保険組合理事長

添付必要書類

適用除外該当届の場合

該当事由		確認書類	異動年月日
1)	国内(市区町村)に住所を有しなくなった	住民票の除票(コピー不可)	住民票の転出日の翌日
	国内(市区町村)に住所を有しなくなったあとに40歳に到達した	住民票の除票(コピー不可)	40歳誕生日の前日
2)	身体障害者療養施設など 適用除外施設 に入所中である	施設等に入所・入院していることを証明する書類(写し)	入所・入院の翌日
3)	在留資格が3カ月以下の外国人である	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」などの写し ※旅券(パスポート)の裏面に押される「上陸許可認印(写し)」、「資格外活動許可書(写し)」など	健康保険の資格取得日

適用除外非該当届の場合

非該当事由		確認書類	異動年月日
4)	国内(市区町村)に住所を有するようになった	住民票(コピー不可)	住民票の転入日
5)	身体障害者療養施設など 適用除外施設 から退所した	施設等から退所・退院したことを証明する書類(写し)	退所日
6)	在留資格が3カ月を超過した外国人である	住民票(コピー不可)	住民票の転入日

適用除外施設は下表参照

障害者自立支援法第29条第1項に規定する指定障害者支援施設(生活介護+施設入所支援)
障害者自立支援法第5条第12項に規定する障害者支援施設(生活介護をおこなうもの)
※身体障害者福祉法第18条第2項に係るもの
児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
児童福祉法第6条の2第3項の厚生労働大臣が指定する医療機関
独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法に規定する福祉施設
国立及び国立以外のハンセン病療養所
生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設
労働者災害補償保険法第29条第1項第2号に規定する労働者災害特別介護施設
障害者支援施設
※知的障害者福祉法第16条第1項第2号に係るもの
指定障害者支援施設
※生活介護及び施設入所支援の支給決定を受けて入所している知的障害者及び精神障害者に係るもの
障害者自立支援法施行規則第2条の3に規定する施設
※障害者自立支援法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者の行うもの