

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 5 年 2 月 10 日 |       |
| 申請者<br>(被保険者) | 保険証の記号番号 | 記号              | 番号    |
|               |          | 1               | 12345 |
| 氏名            |          | 健保太郎            |       |

|                      |                                |    |                  |  |
|----------------------|--------------------------------|----|------------------|--|
| 該当者<br>(被保険者含む)      | 介護保険適用除外区分<br>※どちらかに✓を入れてください  |    |                  | <input checked="" 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                                     |
|                      | 健保太郎                           | 本人 | 昭和 55 年 1 月 20 日 | 43                                     |
|                      | 健保花子                           | 妻  | 昭和 56 年 10 月 1 日 | 41                                     |
| 満40歳～64歳以外の方は届出は不要です |                                |    |                  |  |

| 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 checked="" type="checkbox"/> | 1) 国内(市区町村)に住所を有しなくなった<br>・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<br>※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 5 年 2 月 5 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<br>・施設へ入所された日の翌日を記入してください<br>・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<br>・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<br>・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<br>・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<br>・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。<br>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...<br>②記載内容について誤り        |              |
|        | 令和 年 月                                 | 被保険者の記入は不要です |
|        | 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話         |              |

エクセディ健保  
受付印

## 介護保険適用除外等 該当・非該当 確認通知書

|               |                 |         |             |
|---------------|-----------------|---------|-------------|
| 届出日           | 令和 5 年 2 月 10 日 |         |             |
| (被保険者)<br>申請者 | 保険証の記号番号        | 記号<br>1 | 番号<br>12345 |
|               | 氏名              | 健保太郎    |             |

|                 |                                |  |                  |    |
|-----------------|--------------------------------|--|------------------|----|
| (被保険者含む)<br>該当者 | 介護保険適用除外区分<br>※どちらかに✓を入れてください  | <input checked="" 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 |
|                 | 健保太郎                           | 本人                                     | 昭和 55 年 1 月 20 日 | 43 |
|                 | 健保花子                           | 妻                                      | 昭和 56 年 10 月 1 日 | 41 |
|                 |                                |  | 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          |
|--------|----|---|----------------|
| 適用除外事由 | 該当 | <input checked="" type="checkbox"/> 1) 国内(市区町村)に住所を有しなくなった<br>・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<br>※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 5 年 2 月 5 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<br>・施設へ入所された日の翌日を記入してください<br>・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<br>・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<br>・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<br>・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<br>・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