

正

介護保険適用除外等 該当 届

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号
※	

ア 被保険者の氏名	イ 性別	③ 生年月日
(氏) (名)	男 1 女 2	昭5 年 月 日 平7

ウ 被扶養者の氏名	エ 性別	オ 続柄	カ 生年月日
(氏) (名)	男 1 女 2		昭5 年 月 日 平7

キ 被保険者の住所	ク 被扶養者の住所	ケ 備考
〒 -	〒 -	

④ 適用除外等の事由	⑤ 該当の別 非該当	⑥ 該当の年月日 非該当	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因	送信
国外居住者 1 身体障害者療護施設等入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当 1 非該当 2	平成 年 月 日 令和			

コ 入居施設の名称	
カ 入居施設の所在地	〒 -
電話	() 局 番

年 月 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 - () 番
--------------------------------	----------------------

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

◎記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んで下さい。

◎「※」欄は記入しないで下さい。

副

介護保険適用除外等 該当 非該当 確認通知書

① 健康保険被保険者証の記号		② 健康保険被保険者証の番号							
※									
⑦ 被保険者の氏名		⑧ 性別	⑨ 生年月日	⑩ 被扶養者の氏名		⑪ 性別	⑫ 続柄	⑬ 生年月日	
(氏)	(名)	男 1 女 2	昭5 年 月 日 平7	(氏)	(名)	男 1 女 2		昭5 年 月 日 平7	

⑭ 被保険者の住所	〒	—	⑮ 被扶養者の住所	〒	—	⑯ 備考	
-----------	---	---	-----------	---	---	------	--

⑰ 適用除外等の事由	⑱ 該当の別の別	⑲ 該当の年月日	⑳ ※ 被扶養者番号	㉑ ※ 作成原因
国外居住者 1 身体障害者療護施設等入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当 1 非該当 2	平成 年 月 日 令和		

㉒ 入居施設の名称	
㉓ 入居施設の所在地	〒 —
電話	() 局 番

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 — () 番 殿
--------------------------------	------------------------

年 月 日 提出
上記のとおり介護保険適用除外等該当届又は非該当届の確認を
しましたので通知します。

年 月 日 提出
首都圏デジタル産業健康保険組合理事長

【記入の方法】

1. イ及びエの性別は、該当する文字を○印で囲むこと。
2. ③及びカの生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合

「

昭5	年	月	日
平7	3	2	0
	2	0	7

」のように記入すること。

3. オは、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」、など詳しく記入すること。
4. ④の適用除外等の事由は、該当する数字を○で囲むこと。
5. ⑤の該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲むこと。
6. ⑥の該当・非該当の年月日は、たとえば、平成12年4月1日の場合は

「

平成	年	月	日
令和	1	2	0
	4	0	1

」のように記入すること。

7. コ及びサは、④で2に○をされた方のみ記入すること。

【この届に添付して提出するもの】

1. ④の適用除外等の事由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」。
2. ④の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、「入所・入院証明」。
3. ④の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、「外国人登録証明書（写）」及び、滞在期間を証明する書類
(例：雇用契約書、在学証明書、研修計画書等)

正

介護保険適用除外等 該当 届

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号
※	9 9 9 9 999

⑦ 被保険者の氏名	⑧ 性別	⑨ 生年月日
(氏) 健保	(名) 太郎	男 1 昭5 年 月 日 女 2 平7 0 0 0 0 0 0

⑩ 被扶養者の氏名	⑪ 性別	⑫ 続柄	⑬ 生年月日
(氏) 健保	(名) 花子	男 1 妻 女 2	昭5 年 月 日 平7 0 0 0 0 0 0

⑭ 被保険者の住所	〒 -	⑮ 被扶養者の住所	〒 -	⑯ 備考
-----------	-----	-----------	-----	------

⑰ 適用除外等の事由	⑱ 該当の別	⑲ 該当の年月日	⑳ ※ 被扶養者番号	㉑ ※ 作成原因	送 信
国外居住者 1 身体障害者療護施設等入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当 1 非該当 2	平成 年 月 日 令和 0 0 0 0 0 0			

㉒ 入居施設の名称	
㉓ 入居施設の所在地	〒 -
電話	() 局 番

年 月 日 提出

事業所所在地	〒000-0000 横浜市西区北幸0-0-0
事業所名称	××商事(株)
事業主氏名	代表取締役 ○○ △男
電話	○○○ ○○○) ○○○○ 番

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

◎記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んで下さい。

◎「※」欄は記入しないで下さい。