

介護保険適用除外等 該 当 届 (正)

常務理事	事務長	課長	係長	係員

①健康保険被保険者証の記号 12	②健康保険被保険者証の番号 34567
----------------------------	-------------------------------

③被保険者の氏名	④性別	⑤生年月日			⑥被保険者の住所	⑦除票の事実
光学 一郎 (印)	<input checked="" type="radio"/> 1. 男	<input checked="" type="radio"/> 1. 昭和	年	月	〒 - 1234 ○○ Parkway, Center Valley, PA 56789, U.S.A.	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> 2. 女	<input type="radio"/> 2. 平成	54	5		
		<input type="radio"/> 3. 令和	1	1		

⑧被扶養者の氏名	⑨性別	⑩生年月日			⑪続柄	⑫被扶養者の住所	⑬除票の事実
光学 花子	<input checked="" type="radio"/> 1. 男	<input checked="" type="radio"/> 1. 昭和	年	月	妻	〒 - 1234 ○○ Parkway, Center Valley, PA 56789, U.S.A.	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> 2. 女	<input type="radio"/> 2. 平成	56	10			
光学 太郎	<input checked="" type="radio"/> 1. 男	<input checked="" type="radio"/> 1. 昭和	年	月	長男	〒 - 1234 ○○ Parkway, Center Valley, PA 56789, U.S.A.	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> 2. 女	<input type="radio"/> 2. 平成	20	2			
		<input type="radio"/> 3. 令和	8	8			
光学 葉子	<input checked="" type="radio"/> 1. 男	<input checked="" type="radio"/> 1. 昭和	年	月	長女	〒 - 1234 ○○ Parkway, Center Valley, PA 56789, U.S.A.	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> 2. 女	<input type="radio"/> 2. 平成	23	6			
		<input type="radio"/> 3. 令和	25	25			

⑭適用除外の事由	⑮該当・不該当の別	⑯該当・不該当年月日			⑰被扶養者番号*
<input checked="" type="radio"/> 1. 国外居住者	<input checked="" type="radio"/> 1. 該当	令和	年	月	日
<input type="radio"/> 2. 身体障害者療養施設入居者					
<input type="radio"/> 3. 在留資格1年未満の外国人					

⑱入居施設の名称	〒 -
⑲入居施設の所在地	〒 -
電 話	()

事業者所在地	〒 -
事業所名称	() (印)
事業主氏名	
電 話	

令和 2 年 4 月 3 日 提出

⋯⋯⋯
受付日付印

確認欄	以下を確認した場合は被保険者本人の捺印が省略できます。 この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 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る。
<input type="checkbox"/>	

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

◎記入の方法及び添付書類は、別紙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。

【記入の方法】

1. ④及び⑨の性別は、該当する性別を選択して下さい。
2. ⑪は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」など詳しく記入して下さい。
3. ⑭の適用除外等の事由は、該当する事由を選択して下さい。
4. ⑮の該当、非該当の別は、該当する別を選択して下さい。
5. ⑱及び⑲は、⑭で2を選択した方のみ記入して下さい。
6. ⑦及び⑬については、除票をして国内に住所を有しない場合、「除票の事実」欄の「○」を選択して下さい。
7. 事業主の命により、被保険者が外国に勤務することとなり、日本国内に住所を有しなくなった場合には、事業主が被保険者に代わって、この届書を提出することができます。

【この届に添付して提出するもの】

1. ⑭の適用除外等の事由で、1を選択された方は、「住民票の除票」。
2. ⑭の適用除外等の事由で、2を選択された方は、「入所・入院の証明書」。
3. ⑭の適用除外等の事由で、3を選択された方は、在留期間を証明する書類(旅券(パスポート)の裏面に押される「上陸許可認印(写)」、「資格外活動許可書(写)」など)及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。