

介護保険適用除外等 該 非 該 當 届

常務理事	事務長	担当者

正	① 被保険者記号	② 被保険者番号			
◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。 ◎ 被保険者本人以外の方の押印は省略することはできません。 ◎ ただし、転動により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。	※				
⑦ 被保険者の氏名		① 性別	③ 生年月日		
(氏) (名)		男 1 女 2	昭 5 平 7	年	月 日
④ 被保険者の住所		② 被扶養者の住所			⑦ 備考
〒		〒			—
④ 適用除外等の理由	⑤ 該 當 の 別 該 非 該 當	⑥ 該 當 の 年 月 日 該 非 該 當	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因	送 信
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 當 1 非該當 2	令 和 年 月 日			

⑦ 被扶養者の氏名		① 性別	④ 続柄	⑦ 生年月日	
(氏) (名)		男 1 女 2		昭 5 平 7	年 月 日
⑨ 入居施設の名称					
⑩ 入居施設の所在地		〒 —			
電 話		(局) 番			

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

◎ 「※」欄は記入しないでください。

介護保険適用除外等 該 非 該 当 確認通知書

副

① 被 保 険 者 記 号	② 被 保 険 者 番 号
※	

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性 別	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	昭 5 年 月 日 平 7

⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑤ 性 別	④ 続 柄	⑦ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 年 月 日 平 7

⑥被保険者の住所	〒	⑦被扶養者の住所	〒	⑧ 備 考
----------	---	----------	---	-------

④ 適用除外等の理由	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
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 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 		

⑨ 入 居 施 設 の 名 称	〒
⑩ 入 居 施 設 の 所 在 地	〒
電 話	() 番

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

平成 年 月 日
日本貨物検数健康保険組合理事長

様
⑨