

届書コード	処理区分	届書
2 2 6		

介護保険適用除外等 該 当 届 非該当

正

常務理事	事務長		係

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性別	③ 生 年 月 日	⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑤ 性別	⑥ 続 柄	⑧ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 年 月 日 平 7 令 9

④ 被保険者の住所	〒 -	⑤ 被扶養者の住所	〒 -	⑥ 備 考
-----------	-----	-----------	-----	-------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 非該当	⑥ 該 当 非該当 の年月日	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因	送	⑨ 入居施設の名称	
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	令和 年 月 日				⑩ 入 居 施 設 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	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者

◎記入の方法及び添付書類は、「記入方法」と「記入例」をよく確認してください。
◎「※」欄は記入しないでください。

介護保険適用除外等 該 当 非該 当 確認通知書

副

① 事業所整理記号	② 被保険者 整理番号
※	

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性別	③ 生 年 月 日	⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑤ 性別	⑥ 続 柄	⑧ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 年 月 日 平 7 令 9

⑨ 被保険者の住所	⑩ 被扶養者の住所	⑪ 備 考
-----------	-----------	-------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 非該 当	⑥ 該 当 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	令 和 年 月 日			

⑫ 入居施設の名称	
⑬ 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	() 局 様 番

令和 年 月 日

H.U.グループ健康保険組合理事長

【記入の方法】

1. ㊷及び㊸の性別は、該当する数字を○で囲んでください。
2. ㊳及び㊴の生年月日は、たとえば、平成8年2月7日生まれの場合

昭5	年		月		日	
㊷	0	8	0	2	0	7
令9						

のように記入してください。

3. ㊵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ください。
4. ㊱の適用除外等の事由は、該当する数字を○で囲んでください。
5. ㊲の該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲んでください。
6. ㊶の該当・非該当の年月日は、たとえば、令和1年5月1日の場合は

令和	年	月		日	
0	1	0	5	0	1

のように記入してください。

7. 転勤により国内から国外へ又は外国から国内へ転居した場合には、㊴にその旨を明記してください。
8. ㊳及び㊴は、㊱で2に○をされた方のみ記入してください。

【この届に添付して提出するもの】

1. ㊱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. ㊱の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、「入所・入院証明書」。
3. ㊱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）」及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。