

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

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号
※	

事務センター長 所長	副事務センター長 副所長	グループ長 課長	担当者

⑦ 被保険者の氏名	① 性別	③ 生年月日
(氏) (名)	男 1 女 2	大 昭 3 平 5 令 7 9
	④	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 平 7 令 9
			年 月 日

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 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	該 当 1 非 該 当 2	令和 年 月 日			
身体障害者療養施設入居者 2					
在留資格3か月以下の外国人3					

⑫ 入居施設の名称	⑬ 入居施設の所在地
	電話 ( 局 ) 番

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	④
電話	( 局 ) 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
④

◎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ください。  
◎「※」欄は記入しないでください。

◎被保険者本人が自らの署名する場合は、被保険者本人の押印は不要です。

【記入の方法】

1. ①及び②の性別は、該当する数字を○で囲んでください。
2. ③及び④の生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合

大3	年	月	日			
昭5	3	2	0	2	0	7
平7						
令9						

のように記入してください。

3. ⑤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. ④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. ⑤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. ⑥の該当・非該当の年月日は、たとえば、平成15年4月1日の場合は

平成	年	月	日		
1	5	0	4	0	1

のように記入してください。

7. ③及び④は、④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. 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・入院の証明書」。
3. ④の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、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。

副

# 介護保険適用除外等 該 当 確 認 通 知 書

非 該 当

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		① 性別	④ 続柄	⑦ 生年月日				
(氏)		(名)		男 1 女 2	大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日	(氏)	(名)	男 1 女 2	昭 5 平 7 令 9	年	月	日
⑥ 被保険者の住所				⑦ 被扶養者の住所				⑦ 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		⑨ 入居施設の名称					
国外居住者 1	該 当 1	令和 年	月	日						⑩ 入居施設の所在地		〒 —			
身体障害者療養施設入居者 2	非 該 当 2									電 話		( 局 ) 番			
在留資格3か月以下の外国人3															

令和 年 月 日

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。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	様
電 話	( 局 ) 番

受付日付印

名古屋市 中村区 名駅四丁目 9番 8号  
 豊田通商健康保険組合  
 理事長 永井康裕