

正

◎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ができます。
◎ただし、転勤により国内から国外または国外から国内で転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

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

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号
※		

㊦ 被保険者の氏名		㊩ 性別	③ 生年月日
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7

㊧ 被扶養者の氏名		㊪ 性別	㊫ 続柄	㊬ 生年月日
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2		昭 5 年 月 日 平 7

㊭ 被保険者の住所	〒 —	㊮ 被扶養者の住所	〒 —	㊯ 備考	
-----------	-----	-----------	-----	------	--

④ 適用除外等の理由	⑤ 該当の別	⑥ 該当の年月日	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	平成 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					

㊰ 入居施設の名称	
㊱ 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	⑩
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	⑪

◎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。

関東百貨店健康保険組合

副

介護保険適用除外等該当確認通知書

① 事業所整理記号		② 被保険者 整理番号	
※			
⑦ 被 保 險 者 の 氏 名		⑧ 性 別	⑨ 生 年 月 日
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7
⑩ 被 保 險 者 の 住 所		⑪ 被 扶 養 者 の 住 所	
〒		〒	
⑫ 適用除外等の理由		⑬ 該 当 非該当	⑭ 該 当 非該当
国外居住者 1 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	該 当 1 非該当 2	平成 令和	年 月 日
⑮ 入居施設の名称		⑯ 入居施設の所在地	
電話		〒	
事業所所在地		〒	
事業所名称		事業主氏名	
電話		番	

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。

令和 年 月 日
関 東 百 貨 店 健 康 保 険 組 合

【記入の方法】

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

明 1		年		月		日
大 3						
昭 5	3	2	0	2	0	7
平 7						

のように記入してください。

- 3. ㊡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. ㊤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. ㊥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. ㊦の該当・非該当の年月日は、たとえば、平成 3 0 年 4 月 1 日の場合は

平成		年		月		日
令和						
	3	0	0	4	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、㊧にその旨を明記してください。
- 8. ㊢及び㊣は、㊤で 2 に○をされた方のみ記入してください。
- 9. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【この届に添付して提出するもの】

- 1. ㊤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. ㊤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. ㊤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。