

正

# 介護保険適用除外等 該当 届 非該当

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係長	係員

健康保険被保険者証の記号と番号

①記号	②番号

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

⑧ 被扶養者の氏名	⑤ 性別	④ 続柄	⑥ 生年月日
(氏) (名)	男 1 女 2		年 月 日 昭5 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 該当の別 非該当	⑥ 該当の年月日 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ヶ月以下の外国人 3	該当 1 非該当 2	年 月 日 令9

⑫ 入居施設の名称	
⑬ 入居施設の所在地 電話番号	〒 ( )

事業主確認欄  この届出書は被保険者が作成したものです。  記載内容に誤りがないか申請者本人が確認しています。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の記載欄

受付日付印

◎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。

観光産業健康保険組合  
(250401)

副

# 介護保険適用除外等 該当 非該当 確認通知書

健康保険被保険者証の記号と番号	
①記号	②番号
⑦ 被保険者の氏名	
(氏)	(名)
男 1	年 月 日
女 2	昭5 平7 令9

⑧ 被扶養者の氏名		⑨性別	⑩続柄	⑪生年月日
(氏)	(名)	男 1		年 月 日
		女 2		昭5 平7 令9

⑫被保険者の住所	〒	⑬被扶養者の住所	〒	⑭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
国外居住者 1	該当 1	年 月 日
身体障害者療養施設入居者 2		令9
在留資格3ヶ月以下の外国人 3	非該当 2	

⑮入居施設の名称	
⑯入居施設の所在地 電話番号	〒 ( )

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いたしましたので通知します。

令和 年 月 日

観光産業健康保険組合理事長

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

### 【記入の方法】

- ①及び②の性別は、該当する箇所を○で囲んでください。
- ③及び④の生年月日は、たとえば、昭和60年5月4日生まれの場合

	年	月	日
昭 5	6	0	5
平 7			0
令 9			4

のように記入してください。

- ④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、令和3年2月1日の場合

	年	月	日
令 9	0	3	0
			2
			0
			1

のように記入してください。

- 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、⑦にその旨を明記してください。
- ②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】

- 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」。
- 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」。
- 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。