

正

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

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	
※	1 2 3 5 6 7	

⑦ 被保険者の氏名	⑧ 性別	⑨ 生年月日	⑩ 被扶養者の氏名	⑪ 性別	⑫ 続柄	⑬ 生年月日
(氏) 川原 (名) 弘 川原	男 1 女 2	明1 大3 年 月 日 昭 3 0 1 2 0 3 平7	(氏) (名)	男 1 女 2		昭5 年 月 日 平7

⑭ 被保険者の住所	〒 168 - 0074 東京都杉並区高井戸3-4-5	⑮ 被扶養者の住所	〒 -	⑯ 備考	
--------------	--------------------------------	--------------	-----	---------	--

⑰ 適用除外等の事由	⑱ 該当の別 非該当	⑲ 該当の年月日 非該当	⑳※ 被扶養者番号	㉑※ 作成原因	㉒ 入居施設の名称	
国外移住者 ○ 身体障害者療護施設等入所者 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 1 5 0 9 0 1			㉓ 入居施設の所在地	〒 -
					電話	() 局 番

平成 15年 9月 1日 提出

事業所所在地	〒 243 - 0061
事業所名称	鎌倉市〇〇3-1
事業主氏名	〇〇株式会社
電話	代表取締役 鎌倉一郎
	046 (735) 局〇1〇6番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

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下さい。

◎「※」欄は記入しないで下さい。

副

介護保険適用除外等^{該当}_{非該当} 確認通知書

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号
※	

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	⑧ 性別	⑨ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	明1 年 月 日 大3 昭5 平7

⑩ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑪ 性別	⑫ 続柄	⑬ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2		昭5 年 月 日 平7

⑭ 被保険者の住所	〒 -	⑮ 被扶養者の住所	〒 -	⑯ 備考	
-----------	-----	-----------	-----	------	--

④ 適用除外等の事由	⑤ 該 当 非該当 の別	⑥ 該 当 非該当 の年月日	⑦※ 被扶養 者番号	⑧※ 作成 原因
国外移住者 1 身体障害者療護施設等入所者 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		

⑰ 入居施設の名称	
⑱ 入居施設の所在地	〒 -
電 話	() 局 番

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 -
	() 局 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。

平成 年 月 日

富士ソフトABC健康保険組合理事長

【記入の方法】

1. イ及びエの性別は、該当する文字を○印で囲むこと。
2. ③及びカの生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合

「

明1	年	月	日
大3			
昭5	3	2	0
平7		2	0

」のように記入すること。

3. オは、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」、など詳しく記入すること。
4. ④の適用除外等の事由は、該当する数字を○で囲むこと。
5. ⑤の該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲むこと。
6. ⑥の該当・非該当の年月日は、たとえば、平成12年4月1日の場合は

「

平成	年	月	日
1	2	0	4
		0	1

」のように記入すること。

7. コ及びサは、④で2に○をされた方のみ記入すること。

【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・入院証明」。
3. ④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、滞在期間を証明する書類
(例：雇用契約書、在学証明書、研修計画書等)