

正

介護保険適用除外 ☐ 該当 ☐ 不該当 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

※うえの該当・不該当のどちらかに ☐ してください。
【記入方法については裏面をご覧ください。】

部 長	課 長	主 任	係

㊦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性 別 年 齢	③ 生 年 月 日
フリガナ (氏) (名)	男・女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日

㊦ 被 扶 養 者 の 氏 名	① 性 別 年 齢	㊦ 続 柄	㊦ 生 年 月 日
フリガナ (氏) (名)	男・女		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日

㊦ 被保険者の 住 所	〒 -	㊦ 被扶養者の 住 所	〒 -	㊦ 備 考	
----------------	-----	----------------	-----	-------	--

④ 適用除外の事由	⑤ 該 当 不 該 当 の 別	⑥ 該 当 不 該 当 の 年 月 日	⑦※ 被扶養者 番 号	⑧※ 作 成 原 因
☐ 国 外 居 住 者 ・1 ☐ 適 用 除 外 施 設 入 所 者 ・2 ☐ 在 留 資 格 3 ヶ 月 以 下 の 外 国 人 ・3	該 当 1 不 該 当 2	令和 年 月 日		

㊦ 入居施設の 名 称	
㊦ 入居施設の 所 在 地	〒 -
㊦ 電 話 番 号	()

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話 番 号	()

事業主確認欄	この申請・届出については、次の要件を満たしたものである。
☐	被保険者(本人)の申請意思と記載内容に誤りがないか本人が確認している。または、被保険者(本人)が作成したものである。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

1.「該当」とは適用除外の事由に該当した場合、「不該当」とは、適用除外の事由に該当しなくなった場合を指します。
2.届には次の書類を添付してください。
◆海外居住(出向)者→住民票の除票(原本)または海外赴任の辞令(写) ◆在留資格3か月以下の外国人→在留資格を証する書類
◆適用除外施設入所者→適用除外施設の入所または入院証明書

副

介護保険適用除外 ☐ 該当 ☐ 不該当 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	① 性 別 年 齢	③ 生 年 月 日
フリガナ (氏)	男・女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
	⑤ 歳	

⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	① 性 別 年 齢	④ 続 柄	② 生 年 月 日
フリガナ (氏)	男・女		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	歳		

⑥ 被保険者の 住 所	〒	被扶養者の 住 所	〒	⑦ 備 考

④ 適用除外の事由	⑤ 該 当 不 該 当 の 別	⑥ 該 当 不 該 当 の 年 月 日	⑦※ 被 扶 養 者 番 号	⑧※ 作 成 原 因
☐ 国 外 居 住 者 ・1	該 当 1 不 該 当 2	平成・令和 年 月 日		
☐ 適 用 除 外 施 設 入 所 者 ・2				
☐ 在 留 資 格 3 ヶ 月 以 下 の 外 国 人 ・3				

⑨ 入居施設の 名 称	
⑩ 入居施設の 所 在 地	〒
電 話 番 号	()

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話 番 号	()

令和 年 月 に提出された介護保険適用除外
該当・不該当届に基づき、上記のとおり確認をしました
ので通知します。

届書確認日付印

東京電子機械工業健康保険組合理事長

東京電子機械工業健康保険組合

【記入方法について】

1. この届出書は40歳から64歳の被保険者・被扶養者の方が対象です。
2. ㊦及び㊧の住所は、国外にお住いの方は国外の住所を記入してください。
3. 扶養家族の方を届出する場合は、被保険者欄の①②③㊦を記入してください。
(被保険者・被扶養者ともに④⑤⑥が同じ場合、届出は1枚で済みます。)
4. ④の適用除外の事由は1～3のいずれかにチェックしてください。
また、⑤の該当・不該当の別はどちらかにチェックしてください。
5. ⑥の該当・不該当の年月日について
 - (1) 国外住居者は、実際に市区町村に届出をした転出日、又は転入日を記入してください。
なお、届出が遅れると保険料の還付や遡及が生じる場合があります。
○ 転出した場合(海外赴任した場合など)
⑤の該当1に〆、⑥は転出した日の翌日を記入してください。
○ 転入した場合(海外から戻ってきた場合)
⑤の不該当2に〆、⑥は転入した日を記入してください。
 - (2) 適用除外施設に入所した場合(適用除外施設一覧参照)
⑤の該当1に〆、⑥は施設に入所した日を記入してください。
また、㊨及び㊩に施設の名称、住所等を記入してください。
 - (3) 在留見込期間が3ヶ月以下の外国人の方
⑤の該当1に〆、⑥は健康保険の資格取得日を記入してください。
○ 在留期間が3ヶ月を超えるよう変更された場合
⑤の非該当2に〆、⑥は在留期間が3ヶ月を超えることが分かった日を記入してください。
6. ⑦及び⑧は記入しないでください。

【介護保険適用除外者について】

- (1) 住所を日本国に有さない(住民票がない)者
市区町村に転出届を提出していないと、国内に住民票があることから適用除外には該当しません。
- (2) 適用除外施設について
適用除外施設とは、身体障害者療養施設、重症心身障害者施設、生活保護救護施設等です。
障害者・難病患者であっても、下の適用除外施設に入所していなければ、介護保険の第2号被保険者となります。

【適用除外施設一覧】

- ア. 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第30条に規定する身体障害者療養施設
- イ. 児童福祉法(昭和24年法律第164号)第43号の4に規定する重症心身障害児施設
- ウ. 児童福祉法第27条第2項の厚生大臣が指定する医療機関(当該指定に係る治療等を行う病床に限る)
- エ. 心身障害者福祉協会法(昭和45年法律第44号)第17条第1項第1号に規定する福祉施設
- オ. 国立及び国立以外のハンセン病診療所
- カ. 生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設

【添付書類について】

<該当の場合>

- ◆海外居住(出向)者 → 住民票の除票(原本)または海外赴任の辞令(写)
- ◆在留資格3か月以下の外国人 → 在留資格を証する書類
- ◆適用除外施設入所者 → 適用除外施設の入所または入院証明書

<不該当の場合>

添付書類は必要ありませんが、帰国した場合は「住民票の転入日」、施設退所者は「施設の退所日」を記入してください。

