

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

届 当 該 不 該 介 護 保 險 適 用 除 外

被保険者証の記号・番号					
.					
被 保 険 者 の 氏 名	性別	被保険者の生年月日	被 保 険 者 の 現 住 所 〒		
フリガナ	男 女	昭・平 年 月 日 (歳)	TEL ()		
被 扶 養 者 の 氏 名	性別	被扶養者の生年月日	続柄	被 扶 養 者 の 住 所 〒	
フリガナ	男 女	昭・平 年 月 日 (歳)		TEL ()	
適 用 除 外 の 事 由	該 当 不該当	該 当 不 該 当	の年月日	②の場合は入所 施 設 の 名 称	
①国外居住者 ②身体障害者療養施設入所者 ③在留資格一年未満の外国人	該 当 不 該 当		令和 年 月 日	入 所 施 設 の 所 在 地	〒 - TEL ()

介護保険第2号被保険者が適用除外となったり、また、その理由が消滅した場合には、速やかに、次の事項を事業主を経由して、健康保険組合に届け出なければなりません。

1 被保険者（被扶養者に係る場合は被保険者及び被扶養者）の氏名及び生年月日等

2 該当または不該当となったこと、その理由及び該当（不該当）年月日等

適用除外の提出にあたっては、証明書類等（写）を添付してください。

①の国内に住所を有しない方の場合は住民票の除票

②の適用除外施設入所者の場合は入所・入院証明書

③の在留資格一年未満の外国人の場合は外国人登録証明書（個人が携帯するカード）およ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）

大阪装粧健康保険組合 殿

令和 年 月 日 提出

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

