

正

| | | |
|-------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| 2 2 6 | | |

| | |
|----------------------|-------------------|
| ① 健康保険 被保険者証記号 | ② 被保険者 整理番号 |
| | |

介護保険適用除外等

該 当 届
非 該 当

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

◎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。
 ◎ただし、転動により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

| | | |
|--------------------|------------|-------------------------|
| ㉞ 被 保 険 者 の 氏 名 | ㉟ 性別 | ㊳ 生 年 月 日 |
| (氏) (名) | 男 1 女 2 | 昭 5 年 月 日 平 7 令 9 |

| | | | |
|--------------------|------------|----------|-------------------------|
| ㉞ 被 扶 養 者 の 氏 名 | ㉟ 性別 | ㊴ 続 柄 | ㊵ 生 年 月 日 |
| (氏) (名) | 男 1 女 2 | | 昭 5 年 月 日 平 7 令 9 |

| | | | | |
|--------------------|-----|--------------------|-----|----------|
| ㊶ 被 保 険 者 の 住 所 | 〒 - | ㊷ 被 扶 養 者 の 住 所 | 〒 - | ㊸ 備 考 |
|--------------------|-----|--------------------|-----|----------|

| | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|----------------------|------------------|
| ④ 適 用 除 外 等 の 理 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 | 令 和 年 月 日 | | |

送 信

| | |
|----------------------|---------|
| ㊹ 入 居 施 設 の 名 称 | |
| ㊺ 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 |

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。
 ◎「※」欄は記入しないでください。

東京都ニッパ健康保険組合【2019.5改】

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 被保険者証記号 | ② 被保険者 整理番号 |
| | |

| | | |
|--------------------|------------|-------------------------|
| ㉞ 被 保 険 者 の 氏 名 | ㉟ 性別 | ㊳ 生 年 月 日 |
| (氏) (名) | 男 1 女 2 | 昭 5 年 月 日 平 7 令 9 |

| | | | |
|--------------------|------------|----------|-------------------------|
| ㉞ 被 扶 養 者 の 氏 名 | ㉟ 性別 | ㊴ 続 柄 | ㊵ 生 年 月 日 |
| (氏) (名) | 男 1 女 2 | | 昭 5 年 月 日 平 7 令 9 |

| | | | | |
|--------------|-----|--------------|-----|----------|
| ㊶ 被保険者の住所 | 〒 - | ㊷ 被扶養者の住所 | 〒 - | ㊸ 備 考 |
|--------------|-----|--------------|-----|----------|

| | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------|------------------|----------------|
| ④ 適用除外等の理由 | 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 | 令和 年 月 日 | | |

| | |
|----------------------|----------------|
| ㊹ 入居施設の名称 | |
| ㊺ 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いたしましたので通知します。

令和 年 月 日
東京都ニット健康保険組合理事長

【記入の方法】

1. ㊶及び㊷の性別は、該当する数字を○で囲んでください。
2. ㊸及び㊹の生年月日は、たとえば、平成3年年2月7日生まれの場合

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|
| 昭5 | 年 | 月 | 日 | | | |
| ㊶ 平7 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| 令9 | | | | | | |

のように記入してください。

3. ㊺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. ㊻の適用除外等の理由は、該当する数字を○で囲んでください。
5. ㊼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. ㊽の該当・非該当の年月日は、たとえば、令和元年年5月1日の場合は

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 0 | 1 | 0 | 5 | 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、㊾にその旨を明記してください。
8. ㊿及び㊾は、㊻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. ㊻の適用除外等の理由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」。
2. ㊻の適用除外等の理由で、2に○をされた方は、「入所・入院の証明書」。
3. ㊻の適用除外等の理由で、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。