

介護保険適用除外等

該 当
届
不 該 当

		課長	係長	係員

① 健康保険被保険者の記号	② 健康保険被保険者の番号

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

⑦ 対象者の氏名 (氏)	① 性別 男 1 女 2	③ 生年月日 昭 5 年 月 日 平 7
(名)		

⑨ 被保険者の住所	〒 —	⑨ 対象者の住所	〒 —	⑨ 備考
-----------	-----	----------	-----	------

④ 適用除外の事由 国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格一年未満の外国人 3	⑤ 該当の別 該当 1 不該当 2	⑥ 該当の年月日 平 7 年 月 日 令 9
--	-------------------------	------------------------------

⑩ 入居施設の名称	〒 —
⑪ 入居施設の所在地 電話	(局) 番

上記のことと相違ないことを確認いたしましたので、お届けいたします。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

◎添付書類（該当の場合について必要となります）

適用除外の事由 1 国外居住者・・・住民票の除票（原本）

2 身体障害者療養施設入居者・・・施設等に入所・入院していることを証明する書類

3 在留資格一年未満の外国人・・・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」、「資格外活動許可書」】及び雇用契約書（写し）
(令和7年12月1日 改)