

国外居住者の場合

常務理事	事務長	担当者	

介護保険適用除外 **該当** 届  
非該当

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	×××× - ×××					
	氏名	健保太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇×丁目×番地				該当時「転出前」非該当時「転入後」の住所 海外で40歳になる場合は海外の住所	

被 扶 養 者	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	〒				被保険者 との続柄	

適用除外等の理由	該当 非該当の別	該当・非該当の年月日
<input checked="" type="checkbox"/> 国外居住者 <input type="checkbox"/> 身体障害者療養施設入所者 <input type="checkbox"/> 在留資格3か月以下の外国人	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	令和××年××月××日

<国外居住者>  
\* 該当日  
「転出日の翌日」  
「40歳の誕生日の前日」  
\* 非該当日  
「帰国日」

入所施設の名称	
入所施設の所在地	〒  TEL ( )

事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	令和 年 月 日
	事業所記入欄
	( )

受 付 印