介護保険被保険者適用除外該当 • 非該当届

Notification of Long-term Care Insurance (Qualification/Disqualification) (Insured Person)

※太線内にご記入ください。/Complete the sections in bold.						提出日/Date submitted (Y/M/E)): / /				
被保険者 werson	記名	∄/Code	番号/No.	氏名/Nan	ne			会社名/Company		所属/Section	
e W者 Insure										(Tel.:)
上,我将 Subject dependent(s)	被保険者	oerson	氏名/Name	性別 Gender	続柄 Relationship	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年齢 Age	該当・非該当 Qualified/disqualified	適用除外等の事由 Reason for qualification/disqualification	適用・非該当年月日 Date of qualification/disqualification (Y/M/D)	備考 Notes
		Insured person	本人/Self	1 .男/M	1.男/M 本人			1. 該 当/Qualified 2. 非該当/Disqualified	海外 1.出国 2.帰国 Transfer 1. to/2. from overseas		
		In		2.女/F	Self				施設 1.入所 2.退所 1. Admission to/ 2. Release from facility		
	被扶養者			1 .男/M				1. 該 当/Qualified	海外 1.出国 2.帰国 Transfer 1. to/2. from overseas		
				2.女/F			2. 非該当/Disqualified	施設 1.入所 2.退所 1. Admission to/ 2. Release from facility			
		Dependent(s)		1 .男/M 2 .女/F				1.該 当/Qualified 2.非該当/Disqualified	海外 1.出国 2.帰国 Transfer 1. to/2. from overseas 施設 1.入所 2.退所 1. Admission to/		
		Dě		1 .男/M 2 .女/F				1.該 当/Qualified 2.非該当/Disqualified	2. Release from facility 海外 1.出国 2.帰国 Transfer 1. to/2. from overseas 施設 1.入所 2.退所 1. Admission to/		

<u> </u>	見健康促除組	^ /m 1 1	TT 1/1	T	a

該当・非該当入力

Input of

qualification/disqualification

課長・リーダー

Department

Manager/Leader

担当者

In charge

常務理事

Managing

Director

事務長

Office

Manager

事業主証明欄	by	事業主所在地/Certification by employer							
	tion	事業主名称/Employer address							
	rtifica emplo	事業主氏名/Employer organi	ization name						
	Ceri	電話番号	TEL	()				

- Notes: 1. Circle applicable number to indicate qualification or disqualification.
 - 2. Subject dependents are dependents certified by the Health Insurance Society aged 40-64.
 - 3. "Facility" above refers to facilities exempt under the Long Term Care Insurance Act (e.g., medical facility for those with physical disabilities, welfare facility for those with serious mental and/or physical disabilities).

健保処理欄

For Society use

4. If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, submit this form to the Health Insurance Society.

- 注: 1. 該当・非該当欄は該当する番号に○印をつけてください
 - 2. 対象被扶養者とは健康保険組合で認定されている 40 歳から 65 歳未満の被扶養者です。
 - 3. 施設とは介護保険法に基づく適用外施設(身体障害者医療施設、重症心身障害者福祉施設等)

4. 任意継続の方は、健康保険組合へ提出してください。