

記入例
Example of completed form

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)

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Department Manager/Leader	担当者 In charge
記入不要/Leave blank			

※太線内にご記入ください。/Complete the sections in bold.

提出される日をご記入ください
Enter the date the form was submitted.

提出日/Date submitted (Y/M/D): **XXXX/ 6/15**

被保険者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name				会社名/Company		所属/Section	
	10	234567	健保 太郎/Taro Kempo				〇〇薬品工業株式会社/ Pharmaceutical Company Limited		△△工場 製造部〇〇グループ/ Group, Manufacturing Division, Plant (Tel.: 06-6223-1234)	
対象者 Subject dependent(s)	被保険者 Insured person	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
		本人/Self	①男/M 2.女/F	本人 Self	XXXX . 4 . 5	42	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/ 2. Release from facility	XXXX . 6 . 1	海外研修 Training overseas
	被扶養者 Dependent(s)	健保 花子 Hanako Kempo	1. 男/M ② 女/F	妻 Wife	XXXX . 6 . 8	40	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/ 2. Release from facility	XXXX . 6 . 1	海外研修による家 族同伴 Family accompaniment on training overseas
			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/ 2. Release from facility		
		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/ 2. Release from facility			

武田薬品健康保険組合/Takeda Health Insurance Society

事業主証明欄 Certification by employer	事業主所在地/Certification by employer	〒530-8686 大阪市淀川区十三本町1-2-3/1-2-3 Juso Honmachi, Yodogawa-ku, Osaka 530-8686
	事業主名称/Employer address	〇〇薬品工業株式会社/ Pharmaceutical Company Limited
	事業主氏名/Employer organization name	代表取締役 △△ 太郎/Taro, President
	電話番号	TEL 06 (6300) 1234

健保処理欄 For Society use	記入不要/Leave blank
--------------------------	------------------

- 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)です。
4. 任意継続の方は、健康保険組合へ提出してください。

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