

介護保険被保険者適用除外該当・非該当届

記入例

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者
記入不要			

提出される日をご記入ください。

※太線内にご記入ください。

被保険者	記号 10	番号 234567	氏名 健保 太郎	会社名 〇〇薬品工業株式会社	所属 △△工場製造部〇〇グループ (TEL : 06-6233-1234)					
対象者	被保険者	氏名 本人	性別 ①男 2. 女	続柄 本人	生年月日 S・H 〇〇 . 4 . 5	年齢 42	該当・非該当 ①. 該当 2. 非該当	適用除外等の事由 海外 ① 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	適用・非該当年月日 H・R 〇〇 . 6 . 1	備考 海外研修
	被扶養者	氏名 健保 花子	性別 1. 男 ②女	続柄 妻	生年月日 S・H 〇〇 . 6 . 8	年齢 40	該当・非該当 ①. 該当 2. 非該当	適用除外等の事由 海外 ① 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	適用・非該当年月日 H・R 〇〇 . 6 . 1	備考 海外研修による家族同伴
	被扶養者		性別 1. 男 2. 女		生年月日 S・H . .		該当・非該当 1. 該当 2. 非該当	適用除外等の事由 海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	適用・非該当年月日 H・R . .	
	被扶養者		性別 1. 男 2. 女		生年月日 S・H . .		該当・非該当 1. 該当 2. 非該当	適用除外等の事由 海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	適用・非該当年月日 H・R . .	

武田薬品健康保険組合

事業主証明欄	事業主所在地 〒530-8686 大阪市淀川区十三本町1-2-3
	事業主名称 〇〇薬品工業株式会社
	事業主氏名 代表取締役 △△ 太郎
	電話番号 TEL 06 (6300) 1234

	記入不要	
--	------	--

- 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。