常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・ﾘｰﾀﾞｰ Department Manager/Leader	担当者 In charge

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/D):　　/　/

被保険者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name	会社名/Company	所属/Section (Tel.:　　)

対象者 Subject dependent(s)		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
	被保険者 Insured person	本人/Self	1.男/M 2.女/F	本人 Self	.　.		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	.　.	
	被扶養者 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/ 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	.　.	
			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

健保処理欄 For Society use	該当・非該当入力 Input of qualification/disqualification	

事業主証明欄 Certification by employer	
	事業主所在地/Certification by employer 事業主名称/Employer address 事業主氏名/Employer organization name 電話番号　　TEL　　(　　)

社会保険労務士記載欄

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.