

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

介護保険 適用除外等 該当・非該当届

被 保 険 者 欄	記号	20	番号	212		
	氏名	健保 太郎			性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 58年 4月 1日				
	住所	〒 650-0024 電話 078 (000) 0000 神戸市中央区〇〇 1-1				

適用除外申請対象者 (「ア」「イ」の該当するものに○印)

適 用 除 外 対 象 者 欄	ア	被保険者 (本人)	適用除外等の理由 (1から3 (1は括弧内) の該当するものに○印)								
	イ	被扶養者 (家族)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 国外居住者 (<input type="checkbox"/> 転勤 ・ その他 ()) <input type="checkbox"/> 2 特定施設入居者 (※裏面を参照) <input type="checkbox"/> 3 在留資格3か月以下の外国人								
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日			性別	続柄	備考			
			昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	海外勤務のため			
	被扶養者の住所		該当・非該当の別		該当・非該当の年月日						
	〒 ー		<input checked="" type="checkbox"/> 1 該当 <input type="checkbox"/> 2 非該当		令和	0	4	0	8	3	1
	入居施設の名称										
入居施設の所在地	〒 ー										
電話	電話 ()										

受付日付印

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者からの申請がありましたので届出いたします。	
	事業所所在地	神戸市中央区〇〇 2-2
	事業所名称	株式会社サニー港運
	事業主氏名	組合 次郎
	電話番号	078 (xxx) xxxx

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

サニーピア健康保険組合

【記入の方法】

1. 被保険者欄の被保険者（被扶養者に係る場合は被保険者及び被扶養者）の氏名及び生年月日は必ず記入してください。
2. 適用除外等の理由は、該当する数字を○で囲んでください。
3. 該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲んでください。
4. 該当・非該当の年月日は、例えば、令和3年10月1日の場合は「令和03年10月01日」のように記入してください。
5. 転勤により日本国内から国外へ又は外国から日本国内へ転居した場合には、備考にその旨を記入してください。
6. 適用除外等の理由で2に○をされた方のみ入居施設の名称及び入居施設の所在地を記入してください。
7. 事業主の押印については省略できます。

【特定施設】

1. 身体障害者福祉法第30条に規定する身体障害者療護施設
2. 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
3. 児童福祉法第27条第2項の厚生労働大臣が指定する医療機関
(当該指定に係る治療等を行う病床に限る)
4. 心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号に規定する福祉施設
5. 国立及び国立以外のハンセン病療養所
6. 生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設
7. 労働者災害補償保険法施行規則第18条の3の3第3号に規定する労災特別介護施設

【添付書類】

1. 適用除外等の理由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」の原本。
2. 適用除外等の理由で、2に○をされた方は、「入所・入院の証明書」。
3. 適用除外等の理由で、3に○をされた方は、在留期間を証明する書類（パスポートの裏面に押される「上陸許可認印（写）」、「資格外活動許可書（写）等」）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」等。

※ 適用除外等の非該当の届出については、添付書類は不要です。

【適用除外該当・非該当年月日】

適用除外等の理由	適用除外該当年月日	適用除外非該当年月日
1 国外居住者 (国外居住中に40歳到達)	住民票の転出日の翌日 40歳の誕生日の前日	住民票の転入日 —
2 特定施設入居者	入所日の翌日	退所日
3 在留資格3か月以下の外国人	健康保険資格取得日	—