

正

◎被保険者本人が自ら署名する場合は、被保険者本人の押印は不要です。
◎ただし、転動により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

届書コード	処理区分	届書
2 2 6		

介護保険適用除外等 該当届

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号
※	

所 長	次 長	課 長	係 長	係 員

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性別	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7

㊦ 被 扶 養 者 の 氏 名	㊥ 性別	㊤ 続柄	㊣ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2		昭5 平7

㊢被保険者の住所	〒	⑦被扶養者の住所	〒	㊧ 備 考
----------	---	----------	---	-------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の 別	⑥ 該 当 の 年 月 日	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因
国外居住者 1	該 当 1 非該当 2	平成 年 月 日		
身体障害者療養施設入居者 2				
在留資格一年未満の外国人 3				

㊡ 入居施設の名称	
㊠ 入居施設の所在地	〒
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	⑨
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印
⑩

受付日付印

◎記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んでください。
◎「※」欄は記入しないでください。

介護保険適用除外等 該 当 確 認 通 知 書

副

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号	
※			
⑦ 被 保 險 者 の 氏 名		⑧ 性別	③ 生 年 月 日
(氏)	(名)	男 1 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7
			年 月 日
⑨ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑩ 性別	④ 続 柄
(氏)	(名)	男 1 女 2	
			昭 5 平 7
			年 月 日
⑤ 被保険者の住所		⑥ 被扶養者の住所	
〒 ー		〒 ー	
④ 適用除外等の理由		⑤ 該 当 の 別	⑥ 該 当 の 年 月 日
国外居住者 1	該 当 1	平成 年 月 日	
身体障害者療養施設入居者 2	非 該 当 2		
在留資格一年未満の外国人 3			
⑦ ※ 被扶養者番号		⑧ ※ 作成原因	
⑨ 入居施設の名称		⑩ 備考	
入居施設の所在地		〒 ー	
電 話		(局) 番	
事業所所在地		〒 ー	
事業所名称			
事業主氏名		様	
電 話		(局) 番	

令和 年 月 日

社会保険事務所长

【記入の方法】

1. ㊦及び㊧の性別は、該当する数字を○で囲んでください。
2. ㊦及び㊧の生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合

明1 大3 ㊦ 昭5 平7		年		月		日
	3	2	0	2	0	7

のように記入してください。

3. ㊨は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」、など詳しく記入してください。
4. ㊨の適用除外等の事由は、該当する数字を○で囲んでください。
5. ㊨の該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲んでください。
6. ㊨の該当・非該当の年月日は、たとえば、平成15年4月1日の場合は

平成	年		月		日
1	5	0	4	0	1

のように記入してください。

7. 転勤により国内から国外へ又は外国から国内へ転居した場合には、㊩にその旨を明記してください。
8. ㊦及び㊧は、㊨で2に○をされた方のみ記入してください。
9. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【この届に添付して提出するもの】

1. ㊨の適用除外等の事由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」。
2. ㊨の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、「入所・入院証明書」。
3. ㊨の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、「外国人登録証明書（写）」及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。

※ 本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。