健康保険　介護保険適用除外/該当・不該当届

常務理事	事務長	係員	担当者

担当者印	健保受付印	保険料計算月
印		

事業主記入欄

令和 ＊＊ 年 ＊＊ 月 ＊＊ 日

事業所所在地　〒　　－

事業主印

事業所名称

事業主氏名　㊞

電話番号　（　　）

---被保険者欄---

被保険者

被保険者記号	被保険者氏名	（氏）	（名）	生年月日								
＊＊＊		○○○	○○○○		昭和 平成	＊	＊年	＊	＊月	＊	＊日	
被保険者番号	被保険者住所	〒										
＊＊＊＊												
該当 不該当	事由発生日	平成 令和	＊	＊年	＊	＊月	＊	＊日	事由発生理由	海外赴任・・・赴任先国名（　　） 海外帰任 40歳到達 その他	備考	

辞令または、除籍日どちらか遅い方

赴任時は国名、帰任時は住所を記入してください。

赴任後40歳になった場合は誕生日が事由発生日です。

該当の場合は、国内非居住であることがわかる証明書を添付してください。

該当する方に○をしてください。

---被扶養者欄---

被扶養者

被保険者記号	被扶養者氏名	（氏）	（名）	続柄		生年月日							
							昭和 平成		年		月		日
被保険者番号	被扶養者住所	〒 －	(ﾌﾘｶﾞﾅ)										
該当 不該当	事由発生日	平成 令和		年		月		日	事由発生理由	海外赴任・・・赴任先国名（　　） 海外帰任 40歳到達 その他	備考		

除籍日です。

該当の場合は、国内非居住であることがわかる証明書を添付してください。

令和4年7月1日現在