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

事業主記入欄		
	令和　　年　　月　　日	
事業所所在地	〒　　-	
事業所名　称		
事業主氏　名		
電話番号	（　　）	

担当者印	健保受付印	保険料計算月

---被保険者欄---

被保険者																
	被保険者等記号	被保険者氏　名	（氏）	（名）	生年月日	昭和 平成	年	月	日							
	被保険者等番号	被保険者住所	〒　　－　　（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							

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。

---被扶養者欄---

被扶養者																
	被保険者等記号	被扶養者氏　名	（氏）	（名）	続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日					
	被保険者等番号	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							

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。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

令和7年4月15日現在