

常務理事	事務長	適用係	係 員

介護保険 適用除外 該当 届

正

※二枚目裏面の注意事項を必ずお読みください。

健康保険被保険者証 記 号	健康保険被保険者氏名 番 号	性別 男 ・ 女	生 年 月 日 昭 平 年 月 日	資格取得年月日 昭 平 令 年 月 日
------------------	-------------------	-------------------	----------------------------	------------------------------

被 保 険 者 に 関 す る と き	届出区分	適 用 除 外 の 事 由	異 動 年 月 日	住 所	
	1. 該 当	1. 国外居住者	令和	〒 - 電話 () -	
	2. 非該当	2. 身体障害者療養施設等入所者	年 月 日		
		3. 在留資格3ヶ月以下の外国人			
	入 居 施 設 名	施 設 所 在 地		※被保険者区分	
		〒 - 電話 () -		従前 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者	決定 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者

被 扶 養 者 に 関 す る と き	被 扶 養 者 氏 名		性別	続柄	生 年 月 日
			男 ・ 女		昭 平 令 年 月 日
	届出区分	適 用 除 外 の 事 由	異 動 年 月 日	住 所	
	1. 該 当	1. 国外居住者	令和	〒 - 電話 () -	
	2. 非該当	2. 身体障害者療養施設等入所者	年 月 日		
		3. 在留資格3ヶ月以下の外国人			
	入 居 施 設 名	施 設 所 在 地		※被保険者区分	
		〒 - 電話 () -		従前 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者	決定 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	⑩
電 話	() -

令和 年 月 日提出

受付日付印

昭和飛行機健康保険組合

副

介護保険 適用除外 該当 確認通知書

健康保険被保険者証 記 号	健康保険被保険者氏名 番号	性別 男・女	生 年 月 日 昭平 年 月 日	資格取得年月日 昭平 年 月 日
------------------	------------------	-----------	---------------------	---------------------

被 保 険 者 に 関 する と き	届出区分	適 用 除 外 の 事 由	異 動 年 月 日	住 所	
	1. 該 当	1. 国外居住者	令和 年 月 日	〒 - 電話 () -	
	2. 非該当	2. 身体障害者療養施設等入所者			
		3. 在留資格3ヶ月以下の外国人			
	入 居 施 設 名	施 設 所 在 地		※被保険者区分	
		〒 - 電話 () -		従前 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者	決定 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者

被 扶 養 者 に 関 する と き	被 扶 養 者 氏 名		性別	続柄	生 年 月 日
			男・女		昭平 年 月 日
	届出区分	適 用 除 外 の 事 由	異 動 年 月 日	住 所	
	1. 該 当	1. 国外居住者	令和 年 月 日	〒 - 電話 () -	
	2. 非該当	2. 身体障害者療養施設等入所者			
		3. 在留資格3ヶ月以下の外国人			
	入 居 施 設 名	施 設 所 在 地		※被保険者区分	
		〒 - 電話 () -		従前 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者	決定 ☐ 第2号被保険者 ☐ 特定被保険者 ☐ 一般被保険者

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	殿
電 話	() -

令和 年 月 日提出

うえの通り確認しましたので通知します。

☐ この届出により 年 月分保険料から	☐ 徴収対象外となります。
☐ この届出により保険料負担について異動ありません。	☐ 徴収対象者となります。

令和 年 月 日
昭和飛行機健康保険組合

注意事項

〔この届出が必要な方〕

1. 40歳以上65歳未満の健康保険の被保険者で、介護保険の適用除外事由に該当する者、又は該当していた者が該当しなくなったとき。
2. 健康保険の被扶養者を有する被保険者で、その被扶養者が40歳以上65歳未満であり、且つ、介護保険の適用除外事由に該当するとき、又は該当していた者が該当しなくなったとき。

上記のいずれかに該当する場合は、速やかに事業主を経由して健康保険組合にこの届書を提出してください。ただし、任意継続被保険者の場合は、直接健康保険組合に提出してください。

〔記入の仕方〕

1. この届書は2枚1組ですので、カーボン紙を挟んで記入するか、「正」「副」それぞれに記入するかして作成してください。
2. 適用除外に該当することによる届出の場合は表題の「非該当」の文字を抹消し、適用除外に該当しなくなったことによる届出の場合は表題の「該当」の文字を抹消してください。
3. 「健康保険被保険者氏名」欄は、被保険者本人が自署した場合は押印は不要です。
4. 届出が健康保険の被保険者に係るときは「被保険者に関するとき」欄について記入し、被扶養者に係るときは「被扶養者に関するとき」欄について記入し、被保険者及び被扶養者ともに係るときはそれぞれについて記入してください。
5. 「届出区分」欄は、適用除外事項に該当する（介護保険の適用除外者となる）ことによる届出の場合は〔1. 該当〕を、該当しなくなった（介護保険の適用除外者でなくなった）ことによる届出の場合は〔2. 非該当〕を○で囲んでください。
6. 「適用除外の事由」欄は、該当するものを○で囲んでください。
7. 「異動年月日」欄は、国外居住者においては市町村に転出届又は転入届を提出した日を、施設入所者においては入所した日又は退所した日を、外国人においては3ヶ月以下である在留資格の決定を受けた日を記入してください。ただし、在留資格が3ヶ月以下の外国人が、健康保険の資格を取得したときによる届出の場合は、資格取得日を記入してください。
8. 「住所」欄は、適用除外事由が国外居住者の場合に記入し、国外へ転居されたときは国外の住所を、国外から国内へ転居されたときは国内の住所を記入してください。
9. 「入居施設名」及び「施設所在地」欄は、適用除外事由が施設入所者の場合に記入してください。
10. この届書に必要に応じて添付書類を求める場合がありますので、ご協力ください。
11. ※印欄及び上部決裁印欄は記入しないでください。