

健康保険被保険者証				
記号			番号	

介護保険適用除外 ^{該当}/_{不該当} 届

常務理事	理事	事務担当者	係員

被保険者の氏名		性別	生年月日			
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 大 昭 平	年	月	日

被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日		
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 大 昭 平	年	月	日

被保険者の住所	〒	—	被扶養者の住所	〒	—	備考	
---------	---	---	---------	---	---	----	--

適用除外の事由	該当 不該当	の別	該当 不該当	の年月日
海外居住者 身体障害者療養施設等入所者 在留資格1年未満の外国人				年 月 日

入居施設の名称	〒	—
所在地		
電話	(局) 番

事業所の所在地	〒	—
名称		
事業主の氏名		(役印)

<適用除外者の条件・添付書類>

- ① 海外居住者(国内に住所を有しない方)・・・住民票の除票
- ② 適用除外施設に入所している方・・・・・・入所・入院証明書
- ③ 在留資格1年未満の外国人・・・・・・外国人登録証明書および滞在期間を証明する書類

「適用除外施設に入所している方」

- 身体障害者福祉法第18条第4項第3号の規定により同法第30条に規定する身体障害者療養施設に入所している方のほか、下記施設に入所している方
- ・ 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
 - ・ 児童福祉法第27条第2項に規定する厚生労働大臣が指定する医療機関
(当該指定に係る治療を行う病床に限ります。)
 - ・ 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
 - ・ 国立および国立以外のハンセン病療養所
 - ・ 生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設

※ 適用除外者の条件・添付書類は左記をご覧ください。

※ 被扶養者の届出であっても被保険者欄(太枠部分)はかならずご記入ください。

平成 年 月 日 提出

<適用除外者の条件・添付書類>

- ① 海外居住者(国内に住所を有しない方) .. 住民票の除票
- ② 適用除外施設に入所している方 入所・入院証明書
- ③ 在留資格1年未満の外国人 外国人登録証明書および滞在期間を証明する書類

「適用除外施設に入所している方」

身体障害者福祉法第18条第4項第3号の規定により同法第30条に規定する身体障害者療養施設に入所している方のほか、
下記施設に入所している方

- ・ 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
- ・ 児童福祉法第27条第2項に規定する厚生労働大臣が指定する医療機関
(当該指定に係る治療を行う病床に限ります。)
- ・ 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
- ・ 国立および国立以外のハンセン病療養所
- ・ 生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設

以上