

りそな健康保険組合 御中

介護保険適用除外 該当 届
不該当

被保険者の記号・番号	
記号	番号

常務理事	検印	担 当

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

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

被保険者の住所	〒 ー	被扶養者の住所	〒 ー	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	該当 ・ 不該当			年 月 日

入居施設の名称	〒 ー
所在地	
電話	(局) 番

年 月 日提出

事業所所在地	〒 ー
名 称	
事業主氏 名	

<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・添付書類は右記をご覧ください。
 ※ 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。