

介護保険(第2号被保険者)適用除外

該当・不該当届

日本を転出する場合(海外勤務等)

記入例

被保険者証に枝番(2ケタ)の記載がある方は、枝番(2ケタ)まで記入して下さい。

◎記入の方法は記入例がまいりますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号 ※	被保険者証 (左詰め)	被保険者の氏名 (氏)	被保険者の氏名 (名)	生年月日	性別	資格取得年月日
1	2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	健保	太郎	昭和 平成 令和 4 7 0 9 0 8	男 女	昭和 平成 令和 0 8 0 4 0 1
被保険者の住所				電話番号		勤務先名称
2520 Massachusetts Avenue NW, Washington D.C. 20008 U.S.A.						●●●●株式会社 (任意継続の方は記入不要)

届出の該当者のみご記入ください。※被扶養者のみの場合、2行目からご記入ください。

対象者の氏名 (生年月日)	続柄	満年齢	該当・不該当年月日	適用除外の事由及び該当・不該当に☑してください。 その他の場合は理由を備考欄にご記入ください。
(氏) 健保 太郎 (昭和47年 9月 8日生まれ)	本人	47	令和 0 1 0 8 2 6	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 国外居住者 <input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設入居者 <input type="checkbox"/> 3. 在留期間3か月以下の外国人
(氏) 健保 花子 (昭和45年 12月 22日生まれ)	妻	45	令和 0 1 0 8 2 6	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 国外居住者 <input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設入居者 <input type="checkbox"/> 3. 在留期間3か月以下の外国人

帰国日	現住所	TEL	備考欄	受付印
			件を満たしたものである。※☑	
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。

【重要】添付書類 住民票除票 原本(コピー不可・個人番号の記載がないもの)

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

事業主証明欄

事業所所在地 (〒 -) 令和 年 月 日提出
上記の通り、相違ないことを証明します。

事業所名称 ※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。

事業主氏名

電話番号 TEL ()

介護保険(第2号被保険者)適用除外

該当・非該当届

日本に帰国した場合

記入例

被保険者証に枝番(2ケタ)の記載がある方は、枝番(2ケタ)まで記入して下さい。

◎記入の方法は記入例がまいりますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号 ※	被保険者証 (左詰め)	被保険者の氏名 (氏)	被保険者の氏名 (名)	生年月日	性別	資格取得年月日
1	2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	健保	太郎	昭和 平成 令和 4 7 0 9 0 8	男	昭和 平成 令和 0 8 0 4 0 1
被保険者の住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101				電話番号 03-xxxx-xxxx	勤務先名称 ●●●●株式会社 (任意継続の方は記入不要)	

届出の該当者のみご記入ください。※被扶養者のみの場合、2行目からご記入ください。

対象者の氏名 (生年月日)	続柄	満年齢	該当・不該当年月日	適用除外の事由及び該当・不該当に☑してください。 その他の場合は理由を備考欄にご記入ください。
(氏) 健保 太郎 (昭和47年 9月 8日生まれ)	本人	47	令和 0 4 1 0 0 1	<input type="checkbox"/> 1. 国外居住者 <input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設入居者 <input type="checkbox"/> 3. 在留期間3か月以下の外国人 <input checked="" type="checkbox"/> 1 : 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 2 : 非該当
(氏) 健保 花子 (昭和45年 12月 22日生まれ)	妻	45	令和 0 4 1 0 0 1	<input type="checkbox"/> 1. 国外居住者 <input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設入居者 <input type="checkbox"/> 3. 在留期間3か月以下の外国人 <input checked="" type="checkbox"/> 1 : 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 2 : 非該当

帰国日	令和 4 年 10 月 1 日
現住所	東京都中央区〇〇1-1 △△マンション
TEL	03-xxxx-xxxx

確認欄	要件を満たしたものである。※☑をお願いします。	受付印
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

事業主証明欄	事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。 (〒 -) 令和 年 月 日提出
	事業所名称	※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。
	事業主氏名	
	電話番号	TEL ()

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。

【重要】添付書類
住民登録した住民票 原本
(コピー不可)

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。