

記入見本

決		裁	
常務理事	事務長		担当者

介護保険第2号被保険者適用除外
 該当 ・ 非該当 届

(どちらかにを記入してください)

【申請者】

被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名
9001	0001	健保 一郎

【該当者】 ※被扶養者は、対象となる者（満40～64歳）についてのみ記入すること。

氏名	続柄	性別	生年月日
健保 一郎	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和46年 7月 8日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
被扶養者も共に外国に居住することになった場合は こちらにご記入ください			年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日

該当・非該当の別	住所
<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	714 Durante Avenue, Nice, France
該当・非該当の年月日	適用除外等の理由（該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> してください）
令和1年 5月 20日	<input checked="" type="checkbox"/> 日本国外居住者（ <u>出国</u> ・40歳到達・帰国・65歳到達） <input type="checkbox"/> 身体障害者療養施設入居者（施設名） <input type="checkbox"/> 在留資格3か月未満の外国人

上記のとおり証明します。

ナイス

適用除外等の理由が「日本国外居住者」である場合は、住民票の除票（原本・マイナンバー記載なし）の添付が必要です。

事業所所在地	〒	—	
事業所名称			
事業主氏名			
電話			
		記入不要	印
	(局)	番