介護保険（第2号被保険者）適用除外　該当・非該当届

記入例

日本を転出する場合（海外勤務等）

保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号	被保険者の番号	被保険者の氏名（押印不要。下記確認欄☑必須）		生年月日	性別	資格取得年月日
※	（左詰め）1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	（氏）健保	（名）太郎	昭和 平成 令和 4 7 年 0 9 月 0 8 日	男 女	昭和 平成 令和 0 8 年 0 4 月 0 1 日
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・非該当年月日	適用除外の事由及び該当・非該当に☑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	（名）太郎	本人	47	令和 0 1 年 0 8 月 2 6 日	☑ 1.国外居住者 ☐ 2.身体障害者療護施設入居者 ☐ 3.在留期間3か月以下の外国人	☑ 1 ： 該当 ☐ 2 ： 非該当
（昭和47年 9月 8日生まれ）						
（氏）健保	（名）花子	妻	45	令和 0 1 年 0 8 月 2 6 日	☑ 1.国外居住者 ☐ 2.身体障害者療護施設入居者 ☐ 3.在留期間3か月以下の外国人	☑ 1 ： 該当 ☐ 2 ： 非該当
（昭和45年 12月 22日生まれ）						

帰国日

現住所

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
住民票除票　原本
（コピー不可・
個人番号の記載がないもの）

確認欄	この届出[illegible]要件を満たしたものである。※☑をお[illegible]	備考欄	受付印
☑	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		
	上記の通り、相違ないことを証明します。	
事業所所在地	（〒　　－　　）　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　（　　）	

【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。
例 ： ~~あいうえお~~ かきくけこ（健保太郎）