

介護保険(第2号被保険者)適用除外

該当 **非該当届**

記入例

日本に帰国した場合

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。

◎「※」印欄は記入しないでください。

◎ 記入の方法は記入例が ◎ 「※」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 (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	男 女	昭和 平成 令和
			被保険者の住所		電話番号		勤務先名称
			東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101		03-xxxxx-xxxxx		●●●●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 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"/> 1 : 該当		
				<input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設入居者	<input checked="" type="checkbox"/> 2 : 非該当		
				<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 4 1 0 0 1	<input type="checkbox"/> 1. 国外居住者	<input type="checkbox"/> 1 : 該当		
				<input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設入居者	<input checked="" type="checkbox"/> 2 : 非該当		
				<input type="checkbox"/> 3. 在留期間3か月以下の外国人			

**【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・  
個人番号の記載がないもの)

確認欄	この届出は、以下の条件を満たしたものである。※☑をお願いします。
<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	上記の通り、相違ないことを証明します。 (〒 ) 令和 年 月 日提出
事業所所在地	※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。
事業所名称	
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)