

(様式:資第43号)

決裁欄	健康保険組合	常務理事	課長	主査	担当者	受付
-----	--------	------	----	----	-----	----

健康保険組合 介護保険適用除外等(開始・終了)届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

対象者コード	1 被保険者氏名	生年月日	所属部課名・電話番号(任意継続被保険者は住所)
0002253511	資格 大輔 印	昭和 31 年 7 月 15 日	電話番号 (026) 123 4567

1 被保険者氏名は自著の場合及び適用除外等事由が国外在住者の場合に事業主が本人に代わって届け出る場合は押印不要。

1. 適用除外等開始・終了該当者届出事項

該当者	続柄	開始終了の区分	氏名	生年月日	2 適用除外等開始年月日	3 適用除外等終了年月日
被保険者	本人	開始・終了	同上	同上	平成 年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者	妻	開始・終了	資格 陽子	昭和 32 年 1 月 1 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		開始・終了		昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

2 適用除外等開始年月日:「1. 国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日(転出日)の翌日、「3. 適用除外施設」の場合は入所日の翌日

3 適用除外等終了年月日:「1. 国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日(転入日)の翌日、「3. 適用除外施設」の場合は退所日の翌日

2. 適用除外等事由 いずれかの数字に 印を付け、その右欄に指定内容を記入願います。

1. 国外在住者(住民票を日本国内に有さない者・海外赴任者など)	国名 : アメリカ合衆国
2. 短期(1年未満)の在外外国人	在住予定期間 : 自 ~ 至
3. 適用除外施設への入所者	施設名 : 施設所在地 : 〒 - 電話番号 : () -

注意事項

- 太字で囲まれた欄を記入してください。
- この届出は、健康保険組合被保険者又は被扶養者で年齢が40歳以上64歳以下の方が対象となります。(年齢は誕生日の前日をもってカウントします。)
- 適用除外等が終了になった場合、速やかに終了の届けを出して下さい。
- この届出は、事実発生の日から遅滞なく(できるだけ30日以内に)事業所厚生担当(任意継続被保険者は健康保険組合)に提出して下さい。
- この届により、適用除外等になったとき又は終了したときは介護保険第2号被保険者の取得(喪失)についてお知らせは発行しません。
- 適用除外等事由が国外在住者の場合は、本人に代わり事業主が届け出る。事業主は「住所(登録・変更)届」を確認する。

処理欄	事業所所在地: 長野県長野市西後町1585-2	課長	主査	担当者	受付
	事業所名称: NTT 株式会社	竹間 4/1	筑摩 4/1	千曲 4/1	平成15年4月1日 担当 千曲 次郎
	電話番号: (026) 225 - 3511	事業主氏名: 長野 太郎 公印			

届出の内容に誤りはないか

(平成15年3月)

海外赴任などで住民票を日本国内に有さない場合は、海外赴任先などの国名を記入する。

短期在住外国雇用の場合は、在住予定期間を記入する。
(例)自 H15.4.1 ~ 至 H15.10.1

適用除外施設入所者の場合は、その施設名を記入する。

適用除外施設の所在地及び電話番号を記入する。

決 健 裁 保 組 合 欄	常務理事	課 長	主 査	担 当 者	受 付

健康保険組合 介護保険適用除外等 (開始・終了)届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

対象者コード	1 被保険者氏名	生年月日	所属部課名・電話番号 (任意継続被保険者は住所)
	印 昭和 年 月 日		電話番号 ()

1 被保険者氏名は自著の場合及び適用除外等事由が国外在住者の場合に事業主が本人に代わって届け出る場合は押印不要。

1.適用除外等開始・終了該当者届出事項

該当者	続柄	開始終了の区分	氏 名	生年月日	2 適用除外等 開始年月日	3 適用除外等 終了年月日
被保険者	本人	開始 終了	同 上	同 上	平成 年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		開始 終了		昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
被扶養者		開始 終了		昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

2 適用除外等開始年月日：「1.国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日 (転出日)の翌日、「3.適用除外施設」の場合は入所日の翌日

3 適用除外等終了年月日：「1.国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日 (転入日)の翌日、「3.適用除外施設」の場合は退所日の翌日

2.適用除外等事由 いずれかの数字に 印を付け、その右欄に指定内容を記入願います。

1.国外在住者 (住民票を日本国内に有さない者・海外赴任者など)	国 名 : _____
2.短期 (1年未満) 在外外国人	在在予定期間 : 自 _____ ~ 至 _____
3.適用除外施設への入所者	施設名 : _____
適用除外施設 身体障害者福祉法 第30条に規定する身体障害者療養施設入所者。 児童福祉法 第43条の4に規定する重症心身障害児施設入所者。 児童福祉法 第27条第2項の厚生大臣が指定する医療機関。 (当該指定に係る治療等を行う病床に限る。) 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の入所者。 国立及び国立以外のハンセン病療養所入所者。 生活保護法 第38条第1項第1号に規定する救護施設入所者。	施設所在地 : 〒 _____ - _____ 電話番号 : (_____) _____ - _____

注 意 事 項

- 太字で囲まれた欄を記入してください。
- この届出は、健康保険組合被保険者又は被扶養者で年齢が40歳以上64歳以下の方が対象となります。(年齢は誕生日の前日をもってカウントします。)
- 適用除外等が終了になった場合、速やかに終了の届けを出して下さい。
- この届出は、事実発生の日から遅滞なく(できるだけ30日以内に)事業所厚生担当 (任意継続被保険者は健康保険組合)に提出して下さい。
- この届出により、適用除外等になったとき又は終了したときは介護保険第2号被保険者の取得 (喪失)についてお知らせは発行しません。
- 適用除外等事由が国外在住者の場合は、本人に代わり事業主が届け出る。事業主は「住所 (登録・変更)届」を確認する。

処 理 欄	事業所所在地 :	課 長	主 査	担 当 者	受 付
	事業所名称 :				平成 年 月 日
	電話番号 : () -				担当 _____
	事業主氏名 : _____ 印	<input type="checkbox"/> 届出の内容に誤りはないか			

(平成 15年 3月)