

介護保険適用除外等 該 非 該 当 届

正	健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号

常務理事	事務長	課長	係長	係員

「記被被入保の除欄方者者は法本本記及人入人入び以がし添外自な付のら類の名くは、印るは場合に書すは、こ被保者まの押印は不要です。」

被保険者の氏名	性別	生 年 月 日	被扶養者の氏名	性別	続柄	生 年 月 日
(氏) (名)	男1 ・ 女2	昭5 年 月 日 平7	(氏) (名)	男1 ・ 女2		昭5 年 月 日 平7

被保険者の住所	〒 -	被扶養者の住所	〒 -	備考
---------	-----	---------	-----	----

適用除外の理由	該 当 非 該 当 の 別	該 当 非 該 当 の 年 月 日	被扶養 者 番 号	作 成 原 因
国外居住者 1	該 当	平7 年 月 日		
身体障害者療護施設入所者 2	非 該 当	令9		
在留資格一年未満の外国人 3	該 当			

入居施設 の 名 称	
入居施設 の 所 在 地	〒 -
電 話	(局) 番

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出 〳〵 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

東京都金属プレス工業健康保険組合

介護保険適用除外等 該 非 該 当 確認通知書

副	健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号				
被保険者の氏名	性別	生 年 月 日	被扶養者の氏名	性別	続柄	生 年 月 日
(氏) (名)	男1 ・ 女2	昭5 年 月 日 平7	(氏) (名)	男1 ・ 女2		昭5 年 月 日 平7

被保険者の住所	〒 -	被扶養者の住所	〒 -	備考	
---------	-----	---------	-----	----	--

適用除外の理由	該 当 非 該 当 の 別	該 当 非 該 当 の 年 月 日	被扶養 者 番号	作成 原因	入居施設 の 名 称	
国外居住者 1 身体障害者療護施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当1 ・ 非 該 当2	平7 年 月 日 令9			入居施設 の 所在地	〒 -
					電 話	(局) 番

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	殿
電 話	(局) 番

上記のとおり介護保険適用除外該当又は非該当届の確認をいたしましたので通知します。

令和 年 月 日

東京都金属プレス工業健康保険組合理事長

東京都金属プレス工業健康保険組合

【 記入の方法 】

1. 及び の性別は、該当する数字を で囲んでください。
2. 及び の生年月日は、たとえば、平成5年11月25日生まれの場合は

昭5		年		月		日
平7	0	5	1	1	2	5

のように記入すること。

3. は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」、など詳しく記入すること。
4. の適用除外等の事由は、該当する数字を で囲むこと。
5. の該当非該当の別は、該当する数字を で囲むこと。
6. の該当非該当の年月日は、たとえば、令和元年5月1日の場合は

平7		年		月		日
令9	0	1	0	5	0	1

のように記入すること。

7. 及び は、 で2に をされた方のみ記入すること。

【 この届出に添付して提出する書類 】

1. の適用除外等の事由で、1に をされた方は、「住民票の除表」。
2. の適用除外等の事由で、2に をされた方は、「入所・入院証明」。
3. の適用除外等の事由で、3に をされた方は、「在留カード(写し)」及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」等。