

健康保険被保険証の	
(記号)	(番号)
10	1234567

被保険者
被扶養者 介護保険適用除外等

該 当 届
非該 当

常務理事	事務長		

被扶養者が該当の場合のみご記入ください。

被保険者の氏名		性別	生年月日			
(氏)	(名)		年	月	日	
健保	太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	02	01	31

被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日			
(氏)	(名)			年	月	日	
健保	一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	27	08	15

被保険者の住所	〒460-△△△△ 名古屋市□□□□□□□□
---------	---------------------------

被扶養者の住所	〒460-△△△△ 名古屋市□□□□□□□□	備考
---------	---------------------------	----

適用除外の事由※	該 当 の 別	該 当 の 年 月 日
<input type="checkbox"/> 国外居住者	<input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者療養施設入居者	<input checked="" type="checkbox"/> 該 当	令和 06 03 28
<input type="checkbox"/> 在留資格3か月以下の外国人	<input type="checkbox"/> 非該当	

適用除外事由「身体障害者療養施設入居者」場合のみご記入ください。	
入居施設の名称	障害者支援施設○○○○
入居施設の所在地	〒460-△△△△ 名古屋市□□□□□□□□

※適用除外の事由に関する添付書類（該当届の場合に必要になります）

- 1 国外居住者・・・住民票の除票（原本）
- 2 身体障害者療養施設入居者・・・施設などに入所、入院していることを証明する書類
- 3 在留資格3か月以下の外国人・・・外国人登録証明書（写し）及び雇用契約書（写し）

届出 事 事 事 電	ここは空欄のまま勤務先の人事労務担当者へご提出ください。 <RT> 人事労務担当者 → 社労士事務所 → RT健保 <グループ会社> 人事労務担当者 → RT健保
------------------------	---

令和 6年 4月 1日提出

受付日付印
