

常務理事	事務長		担当

介護保険 適用除外 該 当 届 不 該 当

※以下の太枠内をご記入いただき、変更があった日から5日以内に事業所経由でリクルート健保へ提出してください
 ※海外勤務者となった被保険者で市町村に転出届を提出した場合は、海外に転出した旨が明記された「住民票除票」を、身体障害者療養施設（適用除外施設）等に入所した場合は、「施設の入所証明書」を添付ください

被 保 険 者 の 情 報	被保険者証の		事業所の名称			所属部署			
	記号	番号							
	氏名			性別	生年月日	年齢	住所・電話番号		
				男1 ・ 女2	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	歳	〒 電話番号 - -		

↓「被扶養者の情報」は、介護保険の第2号被保険者である被扶養者が適用除外（該当/不該当）にあたる場合に記入してください

被 扶 養 者 の 情 報	氏名			性別	生年月日	年齢	住所・電話番号		
				男1 ・ 女2	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	歳	〒 電話番号 - -		

↓適用除外の事由が、「2. 身体障害者療養施設入所者」の場合に記入ください

該当/不該当 (○をつける)	該当/不該当年月日	適用除外の事由 (○をつける)	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 事由が2 の場合に 記入 </div>	入居施設の名称				
1. 該当 ・ 2. 不該当	令和 年 月 日	1. 国外居住者（転出／転入） 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格一年未満の外国人		入居施設の所在地	〒 電話番号 - -			

※本書に記入していただいた個人情報は適切に取り扱い、目的外には使用いたしません。

上記のとおり提出します

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

社会保険労務士の
提出代行者

..... 受付日付印