

事業所記号		
9	9	9

記入例① 該当の場合

介護保険適用除外 **該 当** 届  
非該当

	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
決裁				

正

被保険者等	番号		3	4	5	氏名	健保 太郎			性別	男・女	生年月日	昭和 51 年 11 月 21 日生 平成
-------	----	--	---	---	---	----	-------	--	--	----	-----	------	--------------------------

対象者	氏名		性別	生年月日			続柄	住所 (海外居住地の場合は「海外」と記載)				
		健保 太郎	男	昭	5	1	1	1	2	1	本人	〒 -
	健保 華子	女	昭	5	2	0	5	3	0	妻	〒 -	海外

適用除外等の理由	該 当 非該 当 の別	該 当 非該 当 年月日	入所施設の名称
1. 国外居住者 2. 施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人	1. 該 当 2. 非該 当	令和 03 年 06 月 13 日	入所施設の所在地 電話番号

〔添付書類〕  
 ・海外居住となった場合・・・住民票の除票  
 ・海外から帰国した場合・・・転入日記載の住民票  
 ・施設入所者・・・施設入所(退所)証明書  
 ・短期滞在の外国人・・・在留資格が確認できる書類

〔適用除外該当/非該当日〕  
 ・海外居住となった場合・・・住民票の転出日の翌日が該当日  
 ・施設入所者・・・入所日の翌日が該当日  
 ・短期滞在の外国人・・・資格取得日が非該当日  
 ・40歳になった場合・・・40歳の誕生日の前日が該当日  
 ・海外帰国者・・・転入日が非該当日  
 ・施設入所者・・・退所日が非該当日  
 ※65歳になった場合は届出不要

令和 3 年 6 月 15 日提出

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。	
	事業所所在地	東京都中央区日本橋1丁目2番地3号
	事業所名称	三井物産〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 三井 一郎
電話番号	03(4567)0000	

印  
(省略可)

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者
---------------

受付日付印
-------

事業所記号		
9	9	9

記入例② 非該当の場合

介護保険適用除外 該当 届

非該当

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

被保険者等	番号	3	4	5	氏名	健保太郎	性別	男	生年月日	昭和51年11月21日生
-------	----	---	---	---	----	------	----	---	------	--------------

対象者	氏名	性別	生年月日			続柄	住所 (海外居住地の場合は「海外」と記載)			
	健保太郎	男	昭	5	1	1	2	1	本人	〒123-4567 東京都中央区日本橋1-2-3 三井マンション1001号室 TEL 090-1234-5678
健保華子	女	昭	5	2	0	5	3	0	妻	〒- 同上 TEL -

適用除外等の理由	該当の別	該当年月日	入所施設の名称
1. 国外居住者 2. 施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人	1. 該当 2. 非該当	令和03年10月28日	入所施設の所在地 電話番号

〔添付書類〕  
 ・海外居住となった場合・・・住民票の除票  
 ・海外から帰国した場合・・・転入日記載の住民票  
 ・施設入所者・・・施設入所(退所)証明書  
 ・短期滞在の外国人・・・在留資格が確認できる書類

〔適用除外該当/非該当日〕  
 ・海外居住となった場合・・・住民票の転出日の翌日が該当日  
 ・施設入所者・・・入所日の翌日が該当日  
 ・短期滞在の外国人・・・資格取得日が非該当日  
 ・40歳になった場合・・・40歳の誕生日の前日が該当日  
 ・海外帰国者・・・転入日が非該当日  
 ・施設入所者・・・退所日が非該当日  
 ※65歳になった場合は届出不要

令和 3 年 10 月 30 日提出

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地 東京都中央区日本橋1丁目2番地3号
	事業所名称 三井物産〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名 代表取締役社長 三井 一郎
	電話番号 03(4567)0000

印 (省略可)

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印