

## 介護保険被保険者適用除外該当・非該当届

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

平成 年 月 日 提出

太線内にご記入ください。

被保険者	記号		番号		氏名		会社名		所属		
									(社内TEL: )		
対象者	被保険者	氏名		性別	続柄	生年月日	年齢	該当・非該当	適用除外等の事由	適用・非該当年月日	備考
		本人		1. 男 2. 女	本人	S・H . .		1. 該 当 2. 非該当	海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	H . .	
	被扶養者			1. 男 2. 女		S・H . .		1. 該 当 2. 非該当	海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	H . .	
				1. 男 2. 女		S・H . .		1. 該 当 2. 非該当	海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	H . .	
				1. 男 2. 女		S・H . .		1. 該 当 2. 非該当	海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	H . .	
				1. 男 2. 女		S・H . .		1. 該 当 2. 非該当	海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	H . .	
				1. 男 2. 女		S・H . .		1. 該 当 2. 非該当	海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	H . .	
				1. 男 2. 女		S・H . .		1. 該 当 2. 非該当	海外 1. 出国 2. 帰国 施設 1. 入所 2. 退所	H . .	

武田薬品健康保険組合

事業主証明欄	事業主所在地
	事業主 名称
	事業主 氏名
	電 話 番 号 TEL ( )

健保処理欄	該当・非該当入力	
-------	----------	--

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の押印は省略することができます。ただし、転勤により国内から国外へ又は国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

- 注： 1. 該当・非該当欄は該当する番号に○印をつけてください  
 2. 対象被扶養者とは健康保険組合で認定されている40歳から65歳未満の被扶養者です。  
 3. 施設とは介護保険法に基づく適用外施設（身体障害者医療施設、重症心身障害者福祉施設等）です。  
 4. 武田薬品の方および武田薬品以外の方は、事業所人事担当者へ提出してください。  
 5. 任意継続の方は、健康保険組合へ提出してください。