

# 介護保険被保険者適用除外該当・非該当届

**記入例**

|      |     |         |     |
|------|-----|---------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長・リーダー | 担当者 |
| 記入不要 |     |         |     |

提出される日をご記入ください。

平成 20年 4月 5日 提出

太線内にご記入ください。

|      |           |            |             |         |                 |                   |                                       |                              |              |                 |
|------|-----------|------------|-------------|---------|-----------------|-------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------|-----------------|
| 被保険者 | 記号<br>123 | 番号<br>4567 | 氏名<br>健保 太郎 |         |                 | 会社名<br>〇〇薬品工業株式会社 | 所属 △△工場製造部〇〇グループ<br>(社内TEL: 831-1234) |                              |              |                 |
| 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<br>2.女   | 本人      | ④S・H 40 . 4 . 5 | 42                | ①該 当<br>2.非該 当                        | 海外 ①出国 2.帰国<br>施設 1.入所 2.退所  | H 20 . 4 . 1 | 海外研修            |
|      | 被扶養者      | 健保 花子      | ②女          | 妻       | ④S・H 42 . 6 . 8 | 40                | ①該 当<br>2.非該 当                        | 海外 ①出国 2.帰国<br>施設 1.入所 2.退所  | H 20 . 4 . 1 | 海外研修による<br>家族同伴 |
|      |           |            | 1.男<br>2.女  |         | S・H . .         |                   | 1.該 当<br>2.非該 当                       | 海外 1.出国 2.帰国<br>施設 1.入所 2.退所 | H . .        |                 |
|      |           | 1.男<br>2.女 |             | S・H . . |                 | 1.該 当<br>2.非該 当   | 海外 1.出国 2.帰国<br>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    | 〒530-8686 大阪市淀川区十三本町1-2-3 |  |
|        | 事業主 名称    | 〇〇薬品工業株式会社                |  |
|        | 事業主 氏名    | 代表取締役 △△ 太郎               |  |
|        | 電話 番号 TEL | 06 ( 6300 ) 1234          |  |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 記入不要 |  |  |  |
|------|--|--|--|

◎ 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  
 ◎ 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。