常務理事	事務長				

介護保険適用除外　該当／不該当　届

被保険者等の記号・番号
・

被保険者の氏名	性別	被保険者の生年月日	被保険者の現住所	〒
フリガナ	男 女	昭・平　年　月　日 （　　歳）	TEL　（　　）	

被扶養者の氏名	性別	被扶養者の生年月日	続柄	被扶養者の住所	〒
フリガナ	男 女	昭・平　年　月　日 （　　歳）		TEL　（　　）	

適用除外の事由	該当／不該当の別	該当／不該当の年月日	②の場合は入所施設の名称	
①国外居住者 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	該当 不該当	令和　年　月　日	入所施設の所在地	〒　－ TEL　（　　）

大阪装粧健康保険組合　殿

令和　年　月　日提出

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

介護保険第２号被保険者が適用除外となったり、また、その理由が消滅した場合には速やかに、次の事項を事業主を経由して、健康保険組合に届け出なければなりません。

１被保険者（被扶養者に係る場合は被保険者及び被扶養者）の氏名及び生年月日等

２該当または不該当となったこと、その理由及び該当（不該当）年月日等

適用除外の提出にあたっては、証明書類等（写）を添付してください。

①の国内に住所を有しない方の場合は住民票の除票

②の適用除外施設入所者の場合は入所・入院証明書

③の在留資格一年未満の外国人の場合は外国人登録証明書（個人が携帯するカード）および滞在期間を証明する書類（例：雇用契約書、在学証明書、研修計画書等）