

ア健康保険 被保険者等記号	イ健康保険 被保険者等番号

介護保険適用除外 該当 届
不該当

どちらかを○で囲んでください

常務理事	事務長	担当者

1.

①対 象 者 の 氏 名	②本・家族の別	③続柄	④生 年 月 日	⑤適 用 除 外 の 事 由	⑥ 該当 不該当 の別	⑦ 該当 不該当 の年月日
	本人 ・ 家族		昭・平・令 月 日 	国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当 ・ 不該当	昭・平・令 月 日

住所 〒 -

※ 国外居住者の方は、海外の住所を記入して下さい。

2.

①対 象 者 の 氏 名	②本・家族の別	③続柄	④生 年 月 日	⑤適 用 除 外 の 事 由	⑥ 該当 不該当 の別	⑦ 該当 不該当 の年月日
	本人 ・ 家族		昭・平・令 月 日 	国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当 ・ 不該当	昭・平・令 月 日

住所 〒 -

※ 国外居住者の方は、海外の住所を記入して下さい。

3.

①対 象 者 の 氏 名	②本・家族の別	③続柄	④生 年 月 日	⑤適 用 除 外 の 事 由	⑥ 該当 不該当 の別	⑦ 該当 不該当 の年月日
	本人 ・ 家族		昭・平・令 月 日 	国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当 ・ 不該当	昭・平・令 月 日

住所 〒 -

※ 国外居住者の方は、海外の住所を記入して下さい。

被保険者氏名	印
--------	---

入所施設の名称
所在地 〒 -
電話番号

事業所所在地 〒 -
事業所名称
事業主氏名
電話番号

印

令和 年 月 日提出

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 御中

受付印

この届けは、被保険者又は被扶養者が、下記の介護保険適用除外に該当（不該当）となったときに提出して下さい。

記

1. 海外勤務等で、国内に住所を有しなくなったとき(住民票を海外へ移動しない場合は除く)。
2. 次のような施設に入所しているとき。

(1) 身体障害者福祉法第30条に規定する身体障害者療護施設。

(2) 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設。

(3) 児童福祉法第27条第2項の厚生労働大臣が指定する医療機関(当該指定に係る治療等を行う病床に限る)。

(4) 心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号に規定する福祉施設。

(5) 国立及び国立以外のハンセン病療養所。

(6) 生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設。
3. 外国人で在留期間が短期であるとき(「市区町村の区域内に住所を有する」とされない者)。

[添付書類]

- 上記1. に該当の方:住民票(除票)
- 上記2. に該当の方:入所証明書
(もしくは、右の入所証明欄に証明を貰って下さい)
- 上記3. に該当の方:外国人登録証明書

※表⑦欄該当、不該当の年月日とは
適用除外該当：①海外勤務者となった方で、その方が
市区町村に届出された転出日の翌日
②身体障害者療養施設(適用除外施設)等に入所したときはその翌日
適用除外不該当：海外勤務(転出届を出した方)から国内勤務となった人は、転入日
それ以外は、適用除外に該当しなくなった日

入所証明欄

入所者氏名	
入 所 日	令和 年 月 日 上記の者は、当施設に入所している事を証明致します。 令和 年 月 日
施設所在地	〒 ー
施設名称	
施設長氏名	印
電話番号	