

(ア)健康保険 被保険者等記号	(イ)健康保険 被保険者等番号
700	7000

## 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対象者の氏名 <b>健康太郎</b>	②本・家族の別 <b>本人・家族</b>	③続柄 <b>昭 年 月 日</b>	④生年月日 <b>昭 年 月 日</b>	⑤適用除外の事由 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	⑥該当の別 <b>該当・不該当</b>	⑦該当の年月日 <b>昭 年 月 日</b>
			<b>× × × × × × × ×</b>	1 2 3	<b>該当・不該当</b>	<b>× × × × × ×</b>

※国外居住者の方は、海外の住所を記入して下さい。

①対象者の氏名 <b>本人・家族</b>	②本・家族の別 <b>本人・家族</b>	③続柄 <b>昭 年 月 日</b>	④生年月日 <b>昭 年 月 日</b>	⑤適用除外の事由 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	⑥該当の別 <b>該当・不該当</b>	⑦該当の年月日 <b>昭 年 月 日</b>
			<b>—</b>	1 2 3	<b>該当・不該当</b>	<b>—</b>

※国外居住者の方は、海外の住所を記入して下さい。

①対象者の氏名 <b>本人・家族</b>	②本・家族の別 <b>本人・家族</b>	③続柄 <b>昭 年 月 日</b>	④生年月日 <b>昭 年 月 日</b>	⑤適用除外の事由 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	⑥該当の別 <b>該当・不該当</b>	⑦該当の年月日 <b>昭 年 月 日</b>
			<b>—</b>	1 2 3	<b>該当・不該当</b>	<b>—</b>

※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 <b>健康太郎</b>	印
-----------------------	---

入所施設の名称

事業所所在地 <b>—</b>	印
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

所在地  
**—**

電話番号

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

〒 —

施設名称

印

施設長氏名

電話番号