

〔様式：資第43号〕

決 裁 欄	健康保険組合	常務理事	課長	主査	担当者	受付

健康保険組合 介護保険適用除外等（開始・終了）届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

対象者コード										※1被保険者氏名		生年月日	所属部署名・電話番号（任意継続被保険者は住所）
0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	資格 大輔	印	S 54年 11月 3日	電話（03）2109 - 8765

※1 被保険者氏名は自著の場合及び適用除外等事由が国外在住者の場合に事業主が本人に代わって届け出る場合は押印不要。

1. 適用除外等開始・終了該当者届出事項

該当者	続柄	開始終了の区分	氏名	生年月日	適用除外等開始年月日	適用除外等終了年月日
被保険者	本人	開始・終了	同上	同上	R 年 月 日	R 年 月 日
被扶養者	妻	開始・終了	資格 陽子	S 53年 8月 28日	R 年 月 日	R 年 月 日
被扶養者		開始・終了		S 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日

※2 適用除外等開始年月日：「1. 国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日（転出日）、「3. 適用除外施設」の場合は入所日

※3 適用除外等終了年月日：「1. 国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日（転入日の前日）、「3. 適用除外施設」の場合は退所日

2. 適用除外等事由（いずれかの数字に○印を付け、その右欄に指定内容を記入願います。）

1. 国外在住者（住民票を日本国内に有さない者・海外赴任者など）	① 国名：アメリカ合衆国
2. 短期（3ヶ月未満の）在住外国人	② 在外予定期間：自 ~ 至
3. 適用除外施設への入所者	③ 施設名：
※適用除外施設 ① 身体障害者福祉法 第30条に規定する身体障害者療養施設入所者。 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入所者。 ③ 児童福祉法 第27条第2項の厚生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の入所者。 ⑤ 国立及び国立以外のハンセン病療養所入所者。 ⑥ 生活保護法 第38条第1項第1号に規定する救護施設入所者。	④ 施設所在地：〒 - 電話番号（ ） -

注 意 事 項

1. 太字で囲まれた欄を記入してください。
2. この届出は、健康保険組合被保険者又は被扶養者で年齢が40歳以上64歳以下の方が対象となります。（年齢は誕生日の前日をもってカウントします。）
3. 適用除外等が終了になった場合、速やかに終了の届けを出して下さい。
4. この届出は、事実発生の日から遅滞なく（できるだけ30日以内に）事業所厚生担当（任意継続被保険者は健康保険組合）に提出して下さい。
5. この届により、適用除外等になったとき又は終了したときは介護保険第2号被保険者の取得（喪失）についてお知らせは発行しません。
6. 適用除外等事由が国外在住者の場合は、本人に代わり事業主が届け出る。事業主は「住民票により除票されていること」を確認する。
7. 40歳未満で海外赴任し、国外在住で40歳の誕生日を迎えられた場合の適用除外開始日は、誕生日の前日となります。（年齢計算に関する法律）

処 理 業 欄	事業所所在地：東京都千代田区内神田3-6-2	課長	主査	担当者	受付
	事業所名：NTT○○○株式会社	品川 7/1	神田 7/1	上野 7/1	2020年 7月 1日
	電話番号：(03) 6206-4517				担当 神田 花子
	事業主氏名：千代田 太郎 印	□届出の内容に誤りはないか			

(2020年6月)

① 海外赴任などで住民票を日本国内に有さない場合は、海外赴任先などの国名を記載する。

② 短期在住外国人雇用の場合は、在在期間を記入する。
（例）自 R2.7.1~至 R2.9.1

③ 適用除外施設入所者の場合は、その施設名を記入する。

④ 適用除外施設の所在地及び電話番号を記入する。

〔様式：資第43号〕

決 健 保 組 欄 合	常務理事	課 長	主 査	担当者	受 付

健康保険組合 介護保険適用除外等（開始・終了）届

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

対象者コード	※1被保険者氏名	生年月日	所属部署名・電話番号（任意継続被保険者は住所）
	印	S 年 月 日	電話（ ） -

※1 被保険者氏名は自著の場合及び適用除外等事由が国外在住者の場合に事業主が本人に代わって届け出る場合は押印不要。

1. 適用除外等開始・終了該当者届出事項

該当者	続柄	開始終了の区分	氏 名	生年月日	適用除外等開始年月日	適用除外等終了年月日
被保険者	本人	開始・終了	同上	同上	R 年 月 日	R 年 月 日
被扶養者		開始・終了		S 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
被扶養者		開始・終了		S 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日

※2 適用除外等開始年月日：「1. 国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日（転出日）、「3. 適用除外施設」の場合は入所日

※3 適用除外等終了年月日：「1. 国外在住者」の場合は市区町村役場に届け出た住民異動日（転入日の前日）、「3. 適用除外施設」の場合は退所日

2. 適用除外等事由（いずれかの数字に○印を付け、その右欄に指定内容を記入願います。）

1. 国外在住者（住民票を日本国内に有さない者・海外赴任者など）	国名：
2. 短期（3ヶ月未満）在住外国人	在外予定期間：自 ～至
3. 適用除外施設への入所者	施設名：
※適用除外施設 ① 身体障害者福祉法 第30条に規定する身体障害者療養施設入所者。 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入所者。 ③ 児童福祉法 第27条第2項の厚生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の入所者。 ⑤ 国立及び国立以外のハンセン病療養所入所者。 ⑥ 生活保護法 第38条第1項第1号に規定する救護施設入所者。	施設所在地：〒 - 電話番号（ ） -

注 意 事 項

- 太字で囲まれた欄を記入してください。
- この届出は、健康保険組合被保険者又は被扶養者で年齢が40歳以上64歳以下の方が対象となります。（年齢は誕生日の前日をもってカウントします。）
- 適用除外等が終了になった場合、速やかに終了の届けを出して下さい。
- この届出は、事実発生の日から遅滞なく（できるだけ30日以内に）事業所厚生担当（任意継続被保険者は健康保険組合）に提出して下さい。
- この届により、適用除外等になったとき又は終了したときは介護保険第2号被保険者の取得（喪失）についてお知らせは発行しません。
- 適用除外等事由が国外在住者の場合は、本人に代わり事業主が届け出る。事業主は「住民票により除票されていること」を確認する。
- 40歳未満で海外赴任し、国外在住で40歳の誕生日を迎えられた場合の適用除外開始日は、誕生日の前日となります。（年齢計算に関する法律）

処 事 理 業 欄 所	事業所所在地：		課 長	主 査	担 当 者	受 付
	事業所名：					年 月 日
	電話番号：					担当 _____
	事業主氏名：	印		<input type="checkbox"/> 届出の内容に誤りはないか		

(2020年6月)