

常務理事	事務長	担当

介護保険適用除外（①該当・②不該当）届

（※①②いずれか○）

（ ）被保険者本人のみ該当 ・ （ ）被扶養者のみ該当 ・ （ ）被保険者本人，被扶養者両者共該当（※いずれか○）

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり介護保険適用除外（①該当・②不該当）となりますので届出いたします

被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名	性別	生年月日	被保険者住所
999	1234	健保 太郎 (印)	男・女	(和暦) 〇〇年〇〇月〇〇日	〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3
※被扶養者も該当・不 該当となる場合は 右欄へ記載	被扶養者氏名	続柄	性別	生年月日	被扶養者住所
	健保 花子	妻	男・女	(和暦) 〇〇年〇〇月〇〇日	〒 - 同上
適用除外 該当・不該当の別	適用除外該当の場合 適用除外の事由	該当・不該当の年月日	適用除外事由2の場合入所施設所在地		
<input checked="" type="radio"/> 1 該当 <input type="radio"/> 2 不該当	<input checked="" type="radio"/> 1 国外居住者 <input type="radio"/> 2 身体障害者療養施設入所者 <input type="radio"/> 3 在留資格1年未満の外国人	(和暦) 〇〇年〇〇月〇〇日			

※ 40歳以上65歳未満の被保険者本人のみ国外居住（単身赴任）の場合、被扶養者氏名欄は記載しないでください

記入日 〇〇年〇〇月〇〇日

社会保険労務士の提出代行者印

【健保受付日付印】

【会社人事証明印】
事業所所在地 〒 -
事業所名称 事業主の証明が必要です
事業主氏名 (印)
TEL () -