

常務理事	所属長	主担者	係員

## 介護保険第2号被保険者適用除外

該当 ・  非該当 届 (どちらかに✓を記入してください)

満40～64歳の被保険者または被扶養者の方が介護保険適用除外事由に該当する場合、または適用除外事由に該当しなくなった場合は、すみやかに人事健保担当部署経由、パナソニック健保へ届出願います。  
(満40～64歳以外の方は届出不要です)

太枠で囲んだところはすべて正確に記入してください。

申請者	被保険者記号番号										被保険者氏名			
	記号	1	0	番号	7	6	5	4	3	2	1	健 保 太 郎 ㊟ 自署の場合は押印不要		
該当者 (本人を含む)	氏 名		続 柄		性 別		生 年 月 日			年 齢				
	健 保 太 郎		本人		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭・平	34	4	26	55			
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭・平	年	月	日				
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭・平	年	月	日				
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭・平	年	月	日				
下記に該当する番号に□印を記入し異動年月日を記入してください。										異 動 年 月 日				
適用除外事由	該 当	1	市町村に住所を有しなくなった。 <input checked="" type="checkbox"/> ・市町村に届出された転出日の翌日を記入してください。							平成	27	4	1	
		2	在留資格または在留見込期間3ヵ月未満の短期滞在の外国人である。							平成	年	月	日	
		3	身体障害者療護施設など、適用除外施設に入所中である。 ・施設へ入所した日の翌日を記入してください。 ・施設名( )							平成	年	月	日	
	非 該 当	4	市町村に住所を有するようになった。 <input type="checkbox"/> ・市町村に住所を有するようになった日を記入してください。							平成	年	月	日	
		5	在留資格または在留見込期間3ヵ月未満の短期滞在の外国人でなくなった。 <input type="checkbox"/>							平成	年	月	日	
		6	身体障害者療護施設など、適用除外施設から退所した。 <input type="checkbox"/> ・施設から退所した日を記入してください。							平成	年	月	日	
事業主証明	上記のとおり証明します。													
	パナソニック健康保険組合 理事長殿													
	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日													
	事業所 所在地 大阪府門真市大字門真 1006 番地													
名 称 ○○株式会社 ○○事業部														
事業主 氏 名 △△△△ ㊟														
										被保険者は記入しないで下さい。		受付日付印		