

任継用

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、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) ※該当届には該当者の住民票除票・非該当届には該当者の住民票を添えてご提出願います。

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		番号				<input type="checkbox"/> 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		
			本人	<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		
				<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。 □ ・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	年	月	日
		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。 □ ・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。 □				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。 □ ・施設から退所した日を記入してください。				平成	年	月	日
						健保受付日印				