

記入例

A

担当

### 介護保険第2号被保険者適用除外 該当・非該当届

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。

|       |                 |         |   |
|-------|-----------------|---------|---|
| 申請者情報 | 記号              | 番号      | 介護保険第2号被保険者適用除外に  |
|       | 被保険者証の<br>(右づめ) | 対象者の状況  | <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 となる<br>どちらかにレ点を記入してください |
| 氏名    | (フリガナ)          | ケンポ タロウ |   |
|       |                 | 健保 太郎   |   |

| 該当者(本人含) | 氏名    | 続柄 | 性別  | 生年月日(満40～64歳以外の方は届出不要) |    |   |    | 年齢 |    |   |    |   |
|----------|-------|----|---|------------------------|----|---|----|----|----|---|----|---|
|          | 健保 太郎 | 本人 | <input checked="" type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 昭和                     | 54 | 年 | 10 | 月  | 15 | 日 | 40 | 歳 |
|          |       |    | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            | 昭和                     |    | 年 |    | 月  |    | 日 |    | 歳 |

満40～64歳以外の方は届出不要です

| 適用除外事由 | 下記に該当する番号の口レ点を記入し、異動年月日を記入してください   |   | 異動年月日   |   |   |    |   |    |
|--------|--|---|---|---|---|----|---|----|
|        | 該当   | <input checked="" type="checkbox"/> 1) 市町村に住所を有しなくなった<br>・市町村に届出された転出日の翌日を記入してください<br>※40歳の誕生日到達以前から海外に転出している場合は誕生日の前日を異動年月日に記入してください | <input type="checkbox"/> 平成<br><input checked="" type="checkbox"/> 令和 | 3 | 年 | 10 | 月 | 14 |
| 非該当    | <input type="checkbox"/> 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                                 | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和  |   | 年 |   | 月  |   | 日  |
|        | <input type="checkbox"/> 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<br>・施設へ入所された日の翌日を記入してください<br>・施設名( ) | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和  |   | 年 |   | 月  |   | 日  |
|        | <input type="checkbox"/> 4) 市町村に住所を有するようになった<br>・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                | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和  |   | 年 |   | 月  |   | 日  |
|        | <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 令和  |   | 年 |   | 月  |   | 日  |
|        | <input type="checkbox"/> 6) 身体障害者療護施設など、適用除外施設から退所した<br>・施設から退所された日を記入してください               | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和  |   | 年 |   | 月  |   | 日  |

|  |  |                                       |              |
|--|--|---------------------------------------|--------------|
| 事業主証明欄   | ・上記の通り証明します。<br>・この届出は、①又は②の要件を満たしたものです。<br>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>②記載内容について誤りがなければ申請者本人が確認している。 | 本件問合せ連絡先<br>(本件問合せに必要ですので必ず記入してください。) | 健保受付印        |
|  | 令和1年10月10日   | 部署                                    | 被保険者の記入は不要です |
|  | 事業所所在地 大阪府門真市大字門真1006番地  | 電話                                    |              |
|  | 事業所名称 ○○○○○○株式会社   |                                       |              |
|  | 事業主(代理人)氏名 △△ △△   |                                       |              |
| 事業所コード ( 01234 ) ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください |  |                                       |              |