常務理事	事務長	事務長代行	業務課長	係　長	係

正　介護保険第２号被保険者適用除外（該当・非該当）届

適用４

①記号	②番号	③被保険者氏名	
		④被保険者住所	〒

⑤第２号被保険者に該当した方の氏名	⑥続柄	⑦生年月日・年齢	⑧該当・非該当年月日	⑨適用除外事由
氏名	本人	昭・平・令　年　月　日　歳	平・令　年　月　日	
氏名		昭・平・令　年　月　日　歳	平・令　年　月　日	
氏名		昭・平・令　年　月　日　歳	平・令　年　月　日	

適 用 除 外 事 由（下記該当する番号を⑨に記入してください。）

該　当		非　該　当	
1	市区町村に住所を有しない。 ・市区町村に届出された転出日の翌日を記入してください。 ※(添付書類)　住民票の除票（写）を添付下さい。 添付できない場合は会社から通知される辞令を添付下さい。	4	市区町村に住所を有するようになった。 ・市区町村に転入した日を記入してください。
2	身体障害者寮護施設などに入所中である。 ・施設等へ入所した日を記入してください。 ※(添付書類)　入所している施設の入所証明書（写）を添付	5	身体障害者寮護施設などを退所した。 ・施設等を退所した日を記入してください。
3	在留資格または在留見込期間３ヶ月以下の短期滞在の外国人である。 ・資格取得日・又は40歳に達した日 ※(添付書類)　旅券（パスポート）（写） 及び在留資格証明書（写）及び雇用契約書（写）の３点を添付	6	在留資格または在留見込期間が３ヶ月以下の短期滞在の外国人でなくなった。 ・出入国管理及び難民認定法の規定に基づき在留期間を更新した日を記入してください。

事業主が証明する欄		受付日付印
上記のとおりお届けします。 令和　　年　　月　　日 伊藤忠連合健康保険組合　理事長　殿	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	

【注意事項】

- この届けは、介護保険第二号被保険者該当年齢の満四〇歳から六四歳までの方が、適用除外事由により第二号被保険者に該当・非該当になった場合に届出してください。なお、住民票等の証明書類の添付は※を参照ください。非該当になった場合の、添付書類は不要です。
- 被保険者が、六五歳に達することによる第二号被保険者の非該当の場合は不要です。
- 被保険者の住所が海外の場合は、国名をご記入ください。

副　介護保険第２号被保険者適用除外（該当・非該当）　確認通知書

①記号	②番号	③被保険者氏名	
		④被保険者住所	〒

⑤第２号被保険者に該当した方の氏名	⑥続柄	⑦生年月日・年齢	⑧該当・非該当年月日	⑨適用除外事由
氏名		昭・平・令　年　月　日　歳	平・令　年　月　日	
氏名		昭・平・令　年　月　日　歳	平・令　年　月　日	
氏名		昭・平・令　年　月　日　歳	平・令　年　月　日	

適 用 除 外 事 由（下記該当する番号を⑨に記入してください。）

該当		非該当	
1	市区町村に住所を有しない。 ・市区町村に届出された転出日の翌日を記入してください。 ※(添付書類)　住民票の除票（写）を添付下さい。 添付できない場合は会社から通知される辞令を添付下さい。	4	市区町村に住所を有するようになった。 ・市区町村に転入した日を記入してください。
2	身体障害者寮護施設などに入所中である。 ・施設等へ入所した日を記入してください。 ※(添付書類)　入所している施設の入所証明書（写）を添付	5	身体障害者寮護施設などを退所した。 ・施設等を退所した日を記入してください。
3	在留資格または在留見込期間３ヶ月以下の短期滞在の外国人である。 ・資格取得日・又は 40 歳に達した日 ※(添付書類)　旅券（パスポート）（写） 及び在留資格証明書（写）及び雇用契約書（写）の３点を添付	6	在留資格または在留見込期間が３ヶ月以下の短期滞在の外国人でなくなった。 ・出入国管理及び難民認定法の規定に基づき在留期間を更新した日を記入してください

事業所所在地　〒

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名　　様

（令和　　年　　月　　日提出分）

上記のとおり介護保険第２号被保険者（該当・非該当）者を確認したので通知します。

令和　　年　　月　　日

伊藤忠連合健康保険組合理事長

この処分に不服があるときは、審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。審査請求は、処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省：03-5253-1111（代表））に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、処分（審査請求があったときは、その裁決）があったことを知った日から６か月以内に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、処分又は裁決の日から１年を経過したときは、提起することができなくなります。）

この通知書を受けとったら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者に通知してください。