

常務理事	事務長	調査	G L	担当	

介護保険適用除外（該当・不該当）届

健康保険被保険者証 の記号(左詰め)				健康保険被保険者証 の番号(右詰め)			
被 保 険 者 の 氏 名							性別
(氏) (名)							男・女 ⑧

生 年 月 日	年齢	被 保 険 者 の 住 所	該当/ 不該当の 別	該当/ 不該当の 事由	該当/不該当 の年月日
S ・ H	年 月 日 才	(郵便番号) —	該 当 ・ 不 該 当	1・2 3・4 5・6	平成 年 月 日

三菱マテリアル健康保険組合

被 扶 養 者 の 氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	年齢	被 扶 養 者 の 住 所	該当/ 不該当の 別	該当/ 不該当の 事由	該当/不該当 の年月日
(氏) (名)	男・女		S ・ H	年 月 日 才	(郵便番号) —	該 当 ・ 不 該 当	1・2 3・4 5・6	平成 年 月 日
(氏) (名)	男・女		S ・ H	年 月 日 才	(郵便番号) —	該 当 ・ 不 該 当	1・2 3・4 5・6	平成 年 月 日
(氏) (名)	男・女		S ・ H	年 月 日 才	(郵便番号) —	該 当 ・ 不 該 当	1・2 3・4 5・6	平成 年 月 日
(氏) (名)	男・女		S ・ H	年 月 日 才	(郵便番号) —	該 当 ・ 不 該 当	1・2 3・4 5・6	平成 年 月 日

入居施設の名称	
入 居 施 設 の 所 在 地 電 話 番 号	(郵便番号) — (電話番号)

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 番 号	(郵便番号) — (電話番号)	印
-------------------------------------	----------------------------	---

備 考	
-----	--

健保使用欄	
<input type="checkbox"/> 2号 → 除外 <input type="checkbox"/> 2号 → 特定 <input type="checkbox"/> 特定 → 除外 <input type="checkbox"/> 特定 → 2号 <input type="checkbox"/> 除外 → 2号 <input type="checkbox"/> 除外 → 特定 <input type="checkbox"/> 該当なし	対象者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人・家族

註) *国内に住所を有しなくなった日・施設に入所した日の翌日が該当日、国内に住居を有した日・施設を退去した日が不該当日となります。
 *年齢に関係なく今回対象となる全員について届出が必要です。
 *該当事由・・・1. 国外居住者（出向者） 2. 身体障害者療護施設入所者 3. 在留資格一年未満の外国人
 *不該当事由・・・4. 国内居住者（帰任者） 5. 身体障害者療護施設退去者 6. 在留資格一年以上の外国人

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)