

健康保険被保険者等	
記号	番号
〇〇〇〇	〇〇〇〇

介護保険 適用除外 **該当** 非該当届

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

被 保 険 者	氏名	性別	生年月日
	健保 太郎	男	昭和 00000000 平成 年 月 日
	住所		
〒 - 120 South Street, Los Angeles, CA 90013 USA			

被 扶 養 者	氏名	性別	続柄	生年月日
	健保 愛子	男	妻	昭和 00000000 平成 年 月 日
	住所			
〒 - 同 左				

適用除外の事由	該当・非該当の別	該当・非該当の年月日	入居施設の名称・所在地（事由2に該当する場合のみ）	備考
1. 国外居住者 2. 適用除外施設入所者 3. 在留資格3ヶ月以下の外国人	該当 非該当	令和 00 年 00 月 00 日	名称 所在地 〒 - 電話 ( ) -	

事業所所在地 〒 -
事業所名称
事業主氏名
電話番号 ( ) -

必要添付書類	
国外居住者	住民票の除票
適用除外施設入所者	入所・入院証明書
在留資格3ヶ月以下の外国人	外国人登録証明書（写）及び 雇用契約期間を証明できる雇用契約書 など

※被扶養者欄は、被扶養者が「適用除外の事由」に該当する場合のみ記入してください。  
 ※続柄は「夫」「妻」「父」「母」など詳しく記入してください。



社会保険労務士の提出代行者印

令和 00 年 00 月 00 日 提出

千葉県機械金属健康保険組合