

届書コード	処理区分	届 書
2 2 6		

介護保険適用除外等 該当届 非該当届

正

① 事業所整理記号	② 被保険者 整理番号
※	

理事長	常務理事	事務長	担当者

④ 被保険者の氏名	⑤ 性別	⑥ 生年月日
(氏)	(名)	男 1 昭和 5 年 月 日 平成 7 令和 9
		女 2

⑦ 被扶養者の氏名	⑧ 性別	⑨ 続柄	⑩ 生年月日
(氏)	(名)	男 1 昭和 5 年 月 日 平成 7 令和 9	
		女 2	

⑪ 被保険者の住所	〒 —	⑫ 被扶養者の住所	〒 —	⑬ 備考
-----------	-----	-----------	-----	------

⑭ 適用除外等の理由	⑮ 該当の別 非該当	⑯ 該当の年月日 非該当	⑰ ※ 被扶養 者番号	⑱ ※ 作成 原因	送 信	⑲ 入居施設の名称	⑳ 入居施設の所在地
国外居住者 1	該当 1	令和 年 月 日				—	—
身体障害者療養施設入居者 2	非該当 2					—	—
在留資格 3 カ月以下の外国人						電話番号	—

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 —
事業所名称	—
事業主氏名	—
電話番号	—

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

◎裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。
◎「※」欄は記入しないでください。

副

介護保険適用除外等該當確認通知書

① 事業所整理記号	② 被保険者 整理番号
※	

⑦ 被保険者の氏名		① 性別	③ 生年月日			
(氏)	(名)	男 1 女 2	昭和 5 平成 7 令和 9	年	月	日

⑧ 被扶養者の氏名		④ 性別	⑤ 続柄	⑨ 生年月日			
(氏)	(名)	男 1 女 2		昭和 5 平成 7 令和 9	年	月	日

⑩ 被保険者の住所	—	⑪ 被扶養者の住所	—
		⑫ 備考	

④ 適用除外等の理由	⑤ 該当の別	⑥ 該当の年月日	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因
国外居住者 1	該当 1 非該当 2	令和 年 月 日		
身体障害者療養施設入居者 2				
在留資格3カ月以下の外国人 3				

⑩ 入居施設の名称	—
⑪ 入居施設の所在地	—
電話番号	—

上記のとおり介護保険適用除外等該当届又は
非該当届の確認をしましたので通知します。

事業所所在地	—
事業所名称	—
事業主氏名	—
電話番号	—

令和 年 月 日

日本ピストンリング健康保険組合理事長

【記入方法】

1. ①及び②の性別は、該当する数字を○で囲んでください。
2. ③及び④の生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

昭和 5 平成 7 令和 9	年	月	日
3	2	0	7

のように記入してください。

3. ⑤は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」など詳しく記入してください。
4. ⑥の適用除外等の事由は、該当する数字を○で囲んでください。
5. ⑦の該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲んでください。
6. ⑧の該当・非該当の年月日は、たとえば、令和2年4月1日の場合は、

令和 年	月	日
0	2	0

のように記入してください。

7. 転勤により国内から国外へ又は外国から国内へ転居した場合には、⑨にその旨を明記してください。
8. ⑩及び⑪は、⑥で2に○をされた方のみ記入してください。

【この届書に添付して提出するもの】

1. ⑥の適用除外等の事由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」。
2. ⑥の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、「入所・入院の証明書」。
3. ⑥の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、在留期間を証明する書類（旅券（パスポート）の裏面に押される「上陸許可認印（写）」、「資格外活動許可書（写）」など）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。