

介護保険 適用除外 該当届

常務理事	事務長	主任	担当者

日本テレビ放送網健康保険組合 御中

_____年 月 日 提出

被保険者等記号・番号	被保険者氏名

適用除外の該当者氏名	性別	続柄	生年月日	適用除外 該当の理由	適用除外の該当日
	男・女		昭和 平成 年 月 日	1.海外に居住 2.海外で40歳到達 3.適用除外施設に入所 4.在留資格が1年未満	年 月 日
	男・女		昭和 平成 年 月 日	1.海外に居住 2.海外で40歳到達 3.適用除外施設に入所 4.在留資格が1年未満	年 月 日
	男・女		昭和 平成 年 月 日	1.海外に居住 2.海外で40歳到達 3.適用除外施設に入所 4.在留資格が1年未満	年 月 日

* 適用除外の理由が施設入所の場合は、施設の名称・所在地を記入してください。

入所施設 の名称	入所施設 の所在地	TEL

* 適用除外 該当日欄に記入する日付

- 1 海外居住者は住民票の「転出日翌日」
- 2 海外での40歳到達の場合は「40歳誕生日前日」
- 3 施設入所者は「入所日」
- 4 短期滞在の外国人は40歳以上で健保資格取得の場合は「資格取得日」、40歳未満で取得の場合は「40歳誕生日前日」

受付印

事業主	所在地	
	名称	印
	氏名	