

介護保険第2号 除外/除外取消届

令和 年 月 日提出

事業所欄	健康保険被保険者証記号	1	事業所番号	
	代表者印（丸印）不要			

健保組 合	常務理事	事務長
	担当者	担当者
	健保受付印	
	（ ）	

社会保険労務士記載欄
氏名等

※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者	保険証番号		氏名	（氏）（名）	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所								

該当者1	続柄		氏名	（氏）（名）	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	該当区分	<input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 除外取消	該当日	令和	年	月	日	該当理由	<input type="checkbox"/> 海外に住所を有するなど市区町村の区域内に住所を有さない <input type="checkbox"/> 身体障がい者療養施設などに入所している <input type="checkbox"/> 市区町村の区域内に住所を有したため <input type="checkbox"/> その他

該当者2	続柄		氏名	（氏）（名）	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	該当区分	<input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 除外取消	該当日	令和	年	月	日	該当理由	<input type="checkbox"/> 海外に住所を有するなど市区町村の区域内に住所を有さない <input type="checkbox"/> 身体障がい者療養施設などに入所している <input type="checkbox"/> 市区町村の区域内に住所を有したため <input type="checkbox"/> その他

該当者3	続柄		氏名	（氏）（名）	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	該当区分	<input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 除外取消	該当日	令和	年	月	日	該当理由	<input type="checkbox"/> 海外に住所を有するなど市区町村の区域内に住所を有さない <input type="checkbox"/> 身体障がい者療養施設などに入所している <input type="checkbox"/> 市区町村の区域内に住所を有したため <input type="checkbox"/> その他

該当者4	続柄		氏名	（氏）（名）	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	該当区分	<input type="checkbox"/> 除外 <input type="checkbox"/> 除外取消	該当日	令和	年	月	日	該当理由	<input type="checkbox"/> 海外に住所を有するなど市区町村の区域内に住所を有さない <input type="checkbox"/> 身体障がい者療養施設などに入所している <input type="checkbox"/> 市区町村の区域内に住所を有したため <input type="checkbox"/> その他

【注意事項】

- 被保険者または被扶養者が65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提出不要
- 被保険者の住所が海外の場合は国名を住所欄に記入

【該当日】

- 除外：出国した翌日
- 除外取消：帰国した日

【添付書類】海外赴任の場合は下記のいずれか一点、その他の場合は健康保険組合までお問合せ下さい

- パスポートのコピー（出国日・帰国日の押印箇所）
- 会社が発行する赴任証明書・帰任証明書