

正  
副

【提出ルート】  
申請者 → 人事担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者

## 介護保険適用除外 該当 不該当 届（特定施設入居者用）

（本書には副として必ずコピーを添付してください）

《注意事項》

- 施設に入居したときは「該当」、退去したときは「非該当」で申請してください。
- 「施設区分」欄は下表の「区分」欄の記号を記入してください。

区分	内 容
A	身体障害者福祉法第30条に規定する身体障害者療養施設
B	児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
C	児童福祉法第27条第2項の厚生大臣が指定する医療機関〔指定国立療養所等の重症心身障害児(者)病棟または進行性筋委縮症児(者)病棟〕
D	心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号に規定する福祉施設
E	国立及び国立以外のハンセン病療養所
F	生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設
G	労働者災害補償保険法施行規則第18条の3の3第3号に規定する施設

\*太枠線内を記入してください 令和 年 月 日 提出

健康保険証		社員番号	被保険者の氏名
記号	番号		
事業所名称			
〒 - (電話番号) ( )			

適用除外申請対象者(被保険者本人または被扶養者)

氏名	続柄	性別	生年月日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
施設区分	入居施設の所在地		
〒 -			
入居施設の名称		該当・不該当の区分及び年月日	
		1. 該当 2. 不該当	平・令 年 月 日
氏名	続柄	性別	生年月日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
施設区分	入居施設の所在地		
〒 -			
入居施設の名称		該当・不該当の区分及び年月日	
		1. 該当 2. 不該当	平・令 年 月 日

事業主欄

うえの申請について事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名

【添付書類】

- 施設に入った場合⇒身体障害療養施設等の入所または入院証明書(原本)
- 施設から出た場合⇒身体障害療養施設等の退所または退院証明書(原本)

健保受付印