

介護保険適用除外等該当・非該当届

・この手続について

被保険者が、介護保険第2号被保険者に該当しなくなったとき、又は介護保険の適用除外者が介護保険第2号被保険者に該当することとなったときは、届出しなければなりません。

・電子申請を行う場合の留意事項

本手続を電子申請で行う場合は、以下の制限の事項がございます。制限に沿わない申請は、電子申請システムにおいて受信できない場合がございますので、ご注意ください。

電子署名について	申請書、電子添付書類には電子署名を付与してください。 社会保険労務士が提出代行する場合は申請者又は社会保険労務士の電子署名を付与してください。 社会保険労務士が事業主に代わって電子申請を行う場合は、「社会保険労務士が事業主の提出代行者であることを証明することができる書類」を電子添付書類として送信が必要です。
添付書類について	xlsx, xls, docx, doc, pptx, ppt, pdf, jpeg, jpg, png, gif, tiff, tif, xml, txt, csv が添付可能です。
申請データの容量について	申請データ（電子添付書類、電子証明書を含む）は 100MB をこえるときは受信できません。
入力可能な文字について	e-Gov 電子申請では使用できる文字に制限があります。入力内容に使用できない文字が含まれていた場合、「指定可能な文字以外が指定されています」というエラーメッセージが表示されます。（※詳細は「e-Gov 電子申請」のヘルプの注意事項【入力可能な文字について】をご確認ください）なお、添付する電子添付書類の内容には、入力可能な文字に特段の制約はありません。

・記載要領（項目説明）

①事業所記号	事業所記号を半角数字で設定してください。
②事業所所在地	事業所の所在地・名称・事業主氏名・電話番号を設定してください。 ・郵便番号は、ハイフンを含めず半角数字7桁で設定してください。 ・所在地は、都道府県・市区町村・番地等・建物名等に分けて設定してください。 ・電話番号は、市外局番、市内局番、加入者番号の順に半角数字で設定してください。
③事業所整理記号	郡市区記号（年金事務所への届出に使用しているもの）と事業所記号（「①事業所記号」と同じもの）の順に設定してください。
④事業所法人番号	13桁の事業所法人番号を半角数字で設定してください。個人事業主の申請については、“911111111111”（ダミー値）を設定してください。
⑤提出先組合保険者番号	8桁の保険者番号を半角数字で設定してください。
⑥提出先組合名称	組合名称を全角で設定してください。
⑦社会保険労務士の提出代行者名	社会保険労務士が提出代行する場合のみ設定してください。
⑧被保険者等番号	資格取得時に通知された被保険者等番号を半角数字で設定してください。
⑨被保険者の氏名	住民票に登録されているものと同じ氏名を設定してください。 フリガナはカタカナで設定してください。

⑩性別	該当する性別を選択してください。
⑪生年月日	該当する元号を選択し、生年月日は半角数字で設定してください。
⑫被保険者の住所	・郵便番号は、ハイフンを含めず半角数字7桁で設定してください。 ・住民票住所を、都道府県・市区町村・番地等・建物名等に分けて設定してください。
⑬被扶養者の氏名	住民票に登録されているものと同じ氏名を設定してください。
⑭被扶養者の性別	該当する性別を選択してください。
⑮続柄	被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」など詳しく設定してください。
⑯被扶養者の生年月日	該当する元号を選択し、生年月日は半角数字で設定してください。
⑰被扶養者の住所	・郵便番号は、ハイフンを含めず半角数字7桁で設定してください。 ・住民票住所を、都道府県・市区町村・番地等・建物名等に分けて設定してください。
⑱適用除外等の事由	該当する事由のいずれかを選択してください。
⑲該当非該当の別	該当する別のいずれかを選択してください。
⑳該当非該当の年月日	該当する年月日を半角数字で記入してください。
㉑入居施設の名称	「⑱適用除外等の事由」で「身体障害者療護施設等入所者」を選択した場合に設定してください。
㉒入居施設の所在地	「⑱適用除外等の事由」で「身体障害者療護施設等入所者」を選択した場合に設定してください。 ・郵便番号は、ハイフンを含めず半角数字7桁で設定してください。 ・所在地は、都道府県・市区町村・番地等・建物名等に分けて設定してください。 ・電話番号は、市外局番、市内局番、加入者番号の順に半角数字で設定してください。

介護保険適用除外等該当・非該当届

健康保険

健康保険法第3条第2項被保険者

令和 年 月 日提出

①事業所記号			③事業所整理記号		
②事業所所在地	〒	都道府県	④事業所法人番号		
	市区町村		⑤提出先組合保険者番号		
	番地等		⑥提出先組合名称		
	建物名等				
事業所名称			⑦社会保険労務士の 提出代行者名	氏	
事業主氏名	氏 名			名	
電話番号	() 局 番				

⑧被保険者等番号						
⑨被保険者の氏名			⑩性別	⑪生年月日		
氏 名				元号	年	月 日
⑫被保険者の住所	〒	都道府県	市区町村			
	番地等		建物名等			
⑬被扶養者の氏名			⑭性別	⑮続柄	⑯生年月日	
氏 名					元号	年 月 日
⑰被扶養者の住所	〒	都道府県	市区町村			
	番地等		建物名等			
⑱適用除外等の事由	国外居住者 身体障害者療養施設等入所者 在留資格3か月以下の外国人	⑲該当非該当 の別	該当 非該当	⑳該当非該当 の年月日	元号	年 月 日
㉑入居施設 の名称						
㉒入居施設 の所在地	〒	都道府県	市区町村			
	番地等		建物名等			
電話番号	() 局 番					
㉓備考						
㉔健保有項目						