

正

介護保険第2号被保険者 非該当者届

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	係

記号	番号	事業所名称	被保険者氏名	(印)	
			被保険者住所	〒 () 電話 ()	
介護保険第二号被保険者に該当しなくなった方のみご記入ください。(被保険者又は、被扶養者で満40歳から64歳の方のみ)					
第2号被保険者に該当しなくなった方の氏名(生年月日)	満年齢	被保険者との続柄	第2号被保険者に該当しなくなった日	第2号被保険者に該当しなくなった理由を○で囲んでください。その他の場合は、理由をご記入下さい。	
(年 月 日生)		本人	年 月 日	▶ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ▶ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ▶ その他 ()	
(年 月 日生)			年 月 日	▶ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ▶ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ▶ その他 ()	
(年 月 日生)			年 月 日	▶ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ▶ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ▶ その他 ()	
(年 月 日生)			年 月 日	▶ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ▶ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ▶ その他 ()	
被扶養者の方のみ第二号被保険者に該当しなくなった場合は、2行目からご記入ください。					
事業主が証明する欄	上記のとおりお届けします。				受付日付印
	平成 年 月 日 伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				(印)

【注意事項】
 この届けは、介護保険第二号被保険者該当年齢の満四〇歳から六四歳までの方が、海外赴任等の理由により第二号被保険者に該当しなくなった場合に届出してください。なお、住民票等の証明書類の添付は不要です。
 被保険者又は、被扶養者が六五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不要です。
 被保険者氏名欄を自署した場合は、印鑑を省略できます。なお、事業主印は省略できません。(任意継続被保険者は除く。)
 被保険者の住所が海外の場合は、国名をご記入ください。

介護保険第2号被保険者非該当者 確認通知書

この通知書のことのでわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。また、この通知書の確認および決定に不服があるときは、この通知書を受けとった日の翌日から60日以内に文書または口頭で、社会保険審査官（関東信越厚生局内）に審査請求をすることができま

この通知書を受けとったら、すみやかに確認された事項をそれぞれの被保険者に通知してください。

記号	番号	事業所名称	被保険者氏名	印
			被保険者住所	〒 電話 ()
介護保険第二号被保険者に該当しなくなった方のみご記入ください。 <u>(被保険者又は、被扶養者で満40歳から64歳の方のみ)</u>				
第2号被保険者に該当しなくなった方の氏名（生年月日）	満年齢	被保険者との続柄	第2号被保険者に該当しなくなった日	第2号被保険者に該当しなくなった理由を○で囲んでください。その他の場合は、理由をご記入下さい。
(年 月 日生)		本人	年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ➤ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ➤ その他 ()
(年 月 日生)			年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ➤ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ➤ その他 ()
(年 月 日生)			年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ➤ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ➤ その他 ()
(年 月 日生)			年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 海外に住所を有するなど市町村の区域内に住所を有しない。 ➤ 身体障害者寮護施設などに入所している。 ➤ その他 ()
被扶養者の方のみ第二号被保険者に該当しなくなった場合は、2行目からご記入ください。				
事業所所在地	〒			(平成 年 月 日提出分)
事業所名称				上記のとおり介護保険第2号被保険者非該当者を確認したので通知します。
事業主氏名			様	平成 年 月 日 伊藤忠連合健康保険組合理事長