

正

介護保険第2号被保険者 非該当者取消届

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	㊟
			被保険者住所	〒 () 電話 ()

介護保険第二号被保険者に該当する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た日	第2号被保険者に該当した理由を○で囲んでください。その他の場合は、理由をご記入ください。
(年 月 日生)		本人	年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()
(年 月 日生)			年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()
(年 月 日生)			年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()
(年 月 日生)			年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()

被扶養者の方のみ第二号被保険者に該当した場合は、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。 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	受付日付印 ㊟

【注意事項】
 この届は、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、海外赴任から国内勤務に変更した等の理由により第二号被保険者に該当し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、被扶養者が満四〇歳に達することによる第二号被保険者の該当の場合には、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。)
 被保険者氏名欄を自署した場合は、印鑑を省略することによる第二号被保険者の該当の場合には、印鑑を省略できません。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。

副

介護保険第2号被保険者 非該当者取消確認通知書

この通知書のことでは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す。

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	㊟	
			被保険者住所	〒 電話 ()	
介護保険第2号被保険者に該当する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た日	第2号被保険者に該当した理由を○で囲んでください。その他の場合は、理由をご記入ください。	
(年 月 日生)		本人	年 月 日	➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()	
(年 月 日生)			年 月 日	➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()	
(年 月 日生)			年 月 日	➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()	
(年 月 日生)			年 月 日	➤ 市町村の区域内に住所を有したため。 ➤ その他 ()	
被扶養者の方のみ第2号被保険者に該当した場合は、2行目からご記入ください。					
事業所所在地	〒	事業所名称	事業主氏名	様	
				(平成 年 月 日提出分)	
				上記のとおり介護保険第2号被保険者非該当者取消を確認したので通知します。	
				平成 年 月 日	
				伊藤忠連合健康保険組合理事長	