

介護保険適用除外 該当 届
非該当

常務理事	事務長	担当者	

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号			事業所名称				
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	〒						

被 扶 養 者	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	住所	〒					被保険者 との続柄	

適用除外等の理由	該当 非該当 の別	該当・非該当の年月日	<国外居住者> ※該当日 「転出日の翌日」 「40歳の誕生日の前日」 ※非該当日 「帰国日」
<input type="checkbox"/> 国外居住者 <input type="checkbox"/> 身体障害者療養施設入所 <input type="checkbox"/> 在留資格3か月以下の外国人	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	令和 年 月 日	

入所施設の名称			
入所施設の所在地	〒		
	TEL	()	

【添付書類】 国外居住者：「転出(予定)日記載ありの住民票除票」(原本)または
国外での40歳到達の場合は「国外居住者証明書」(事業主証明)

令和 年 月 日提出

事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号			
--	--	--	--

受付日付印
