

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

介護保険適用除外 **該当** 届
不該当

事業所記号	被保険者整理番号	確認欄	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日									
2100	5214	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがなく申請者本人に確認している。									
(フリガナ) 被保険者氏名	性別	被保険者生年月日			(フリガナ) 被扶養者氏名	性別	被扶養者生年月日					
ケンポ タロウ	1.男	5.昭和	年	月	日		1.男	5.昭和	年	月	日	
健保 太郎	2.女	7.平成	43	11	18		2.女	7.平成				
被保険者の住所	〒 251 - 0024 神奈川県藤沢市○-○-○					被扶養者の住所	〒 -					
適用除外の事由	該当 不該当	の別	該当 不該当			の年月日	入居施設の名所	〒 -				
1 国外居住者 2 身体障害者療養施設入居者 3 在留資格一年未満の外国人	1 該当 2 不該当		5.昭和	年	月	日	入居施設の所在地	〒 -				
			7.平成	25	4	10	電話番号					
事業所所在地	〒 125 - 0061 東京都葛飾区亀有○-○-○					備考						
事業所名称	株式会社 村越商店					社会保険労務士 の提出代行者	○○社会保険労務士					
事業主氏名	村越 健太					受付日付印						
電話	03 (1234) 5678											