

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 不該当届

令和 年 月 日

被 保 険 者 証	
記号	番号

確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、又は の要件を満たしたものである。 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 記載内容について誤りがないか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		
	1.男	5.昭和	年	月 日
	2.女	7.平成		

(フリガナ) 被 扶 養 者 氏 名	性別	被 扶 養 者 生 年 月 日		
	1.男	5.昭和	年	月 日
	2.女	7.平成		

被保険者の住所	〒 -
---------	-----

被扶養者の住所	〒 -
---------	-----

適用除外の事由	該 当 の 別 不 該 当	該 当 の 年 月 日 不 該 当		
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 7.平成	年	月 日

入居施設の名所	〒 -
入居施設の所在地	
電話番号	

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 -
---------------------------------	-----

備 考	
社会保険労務士 の提出代行者印	受付日付印