

常務理事	事務長	担当者	

介護保険適用除外 該当 届
非該当

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	-				
	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
<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

< 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」

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)

事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	令和 年 月 日 ()
--	---------------------------------

受付印