

常務理事	事務長	担当者

介護保険適用除外 該当 届
非該当

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	① 事業所記号		② 被保険者番号	
	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	()		

受付印

被保険者	氏名	フリガナ		③ 生年月日	5.昭和 年 月 日	④ 性別	1.男
					7.平成		2.女
	住所	郵便番号 -					

被扶養者	氏名	フリガナ		⑤ 続柄	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日	④ 性別	1.男
		氏	名			7.平成		2.女
	住所	郵便番号 -						

⑥ 適用除外等の理由	⑦ 該当の別	⑧ 該当・非該当の年月日		
1.国外居住者	1 該当	年	月	日
2.身体障害者療養施設入居者	2 非該当	9.令和		
3.在留資格3か月以下の外国人				

⑨ 入居施設の名称			
⑩ 入居施設の所在地	郵便番号 -		
電話番号	- -		