

介護保険適用除外 該 不 該 当 届

理事長	常務理事	審 査	係

①保険証の記号	②保険証の番号

ア	イ 性別	③	生 年 月 日
被 保 険 者 の 氏 名			
(氏)			年 月 日
	男 1 ・ 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7	

ウ	エ 性別	オ 続柄	カ 生 年 月 日
被 扶 養 者 の 氏 名			
(氏)			年 月 日
	男 1 ・ 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7	

キ 被保険者の住所	〒 ー	ク 被扶養者の住所	〒 ー	ケ 備 考
-----------	-----	-----------	-----	-------

④ 適用除外該当の事由	⑤ 該当 不該当の別	⑥ 該当 不該当の年月日	⑦※ 被扶養者 番号	⑧※ 作成原因
国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格三ヶ月以下の外国人 3	該 当 1 ・ 不 該 当 2	平成 年 月 日 		

コ 入居施設の名称	〒 ー
サ 入居施設の所在地	〒 ()

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主名	印
	〒 ()

平成 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印
印

