

該 当 届  
非 該 当 届  
介護保険適用除外等

①被保険者証の記号	②被保険者証の番号	部・課	所属長印	常務理事	事務長		担当者

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	⑦性別	③ 生 年 月 日	⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑧性別	④続柄	⑦ 生 年 月 日
(氏) (名) ㊦	男 1 女 2	昭 5 平 7 令 9 年 月 日	(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 平 7 令 9 年 月 日
			(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 平 7 令 9 年 月 日
			(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 平 7 令 9 年 月 日

㊧被保険者の住所	〒	—	㊨被扶養者の住所	〒	—	㊩ 備 考
----------	---	---	----------	---	---	-------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の別 非該当	⑥ 該 当 の年月日 非該当	⑦※ 被扶養者番号
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3	該 当 1 非該当 2	令 和 年 月 日	

㊪ 入居施設の名称	〒	—
㊫ 入居施設の所在地	〒	—
電 話	( 局)	番

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		㊬
電 話	( 局)	番

令和 年 月 日 提出

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。  
◎「※」欄は記入しないでください。