

介護保険適用除外等 該 当 届
非 該 当

①被保険者等の記号		②被保険者等の番号		部・課		所属長印		常務理事□		事 務 長				担 当 者																					
㊦ 被 保 険 者 の 氏 名				㊦性別		③ 生 年 月 日						㊦ 被 扶 養 者 の 氏 名				㊦性別		㊦続柄		㊦ 生 年 月 日															
(氏)		(名)		男 1		昭 5		年		月		日		(氏)		(名)		男 1		昭 5		年		月		日									
				女 2		平 7												女 2		平 7															
				⑥		令 9												女 2		令 9															
㊦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				㊦ 入居施設の名称																			
国外居住者 1				該 当 1				令和 年 月 日								㊦ 入居施設の所在地				〒 —															
身体障害者療養施設入居者 2				非該当 2																電 話				(局) 番											
在留資格3か月以下の外国人3																																			
事業所所在地				〒 —																令和 年 月 日 提出															
事業所名称																																			
事業主氏名																				⑥															
電 話				(局) 番																															

◎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。