

介護保険適用除外 該当届

被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名

決裁伺	常務理事	事務長	係	決裁日	入力

該当・不該当 (○で囲む)	氏名	続柄	生年月日			該当 不該当 年月日			除外事由 (該当番号を○で囲む)	入居施設の名称	
			昭 平 令	年	月	日	年	月	日	1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設等入居者 3. 在留資格三ヶ月以下の外国人	
該 当 ・ 不該 当			昭 平 令	年	月	日	年	月	日	1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設等入居者 3. 在留資格三ヶ月以下の外国人	
該 当 ・ 不該 当			昭 平 令	年	月	日	年	月	日	1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設等入居者 3. 在留資格三ヶ月以下の外国人	
該 当 ・ 不該 当			昭 平 令	年	月	日	年	月	日	1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設等入居者 3. 在留資格三ヶ月以下の外国人	

* この届は、40歳以上 65歳未満の被保険者・被扶養者の方で、適用除外事由に該当した場合及び適用除外事由が不該当になった場合に提出して下さい。
 * 除外事由で2. 身体障害者療養施設等入居者を選択した場合は、入居施設の名称も記入して下さい。

上記の申請について事実に相違ないことを証明します。
事業主

年 月 日 提出

受付印
