

介護保険適用除外^{該当届}_{不該当}

決裁日付		年 月 日			
常務理事	事務長	グループ統括	課長	係長	担当

事業所記号	被保険者等番号

この届出については、①又は②の要件を満たしたものであることを確認しました。

- ① 申請書本人（被保険者）が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者の氏名		性別	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日

被扶養者の氏名		性別	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男・女	昭・平・令	年	月	日

被保険者の住所	〒 ー
---------	-----

被扶養者の住所	〒 ー
---------	-----

適用除外の事由	該当 ^{該当} _{不該当} の別	該当 ^{該当} _{不該当} の年月日
1. 海外居住者	該当	令和 年 月 日
2. 身体障害者施設等入所者		
3. 在留期間1年未満の外国人	不該当	

入所施設の名称	
入所施設の所在地	〒 ー
電 話	()

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	()

*添付書類…**住民票の原本**

*適用除外該当の届に記入する該当年月日は
住民票に記載された転出日の翌日をご記入
ください。

適用除外不該当届の「不該当日」には、住
民票上の**転入日を転記**ください。

受付日付印