

# 介護保険適用除外<sup>該当届</sup><sub>不該当</sub>

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
1 0 0 0	1 0 0

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	年	月	日	
海空運	太郎	男	5	0	4	0 4

被扶養者の氏名		性別	生年月日			
(氏)	(名)	男・女	年	月	日	
		男				

被保険者の住所	〒 - アメリカ
---------	----------

被扶養者の住所	〒 -
---------	-----

被扶養者のお届出も同時に可能ですが、(不) 該当日が被保険者と異なる場合は、別々にお届出下さい。

適用除外の事由	該当不該当の別	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	不該当	0 1 0 5 1 5
3. 在留期間1年未満の外国人		

入所施設の名稱	
入所施設の所在地	〒 -
電話	( )

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒103-0022 東京都中央区日本橋室町4-2-16
事業所名称	海空運株式会社
事業主氏名	海 空二郎
電話	03 ( 3271 ) 7524

\*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。  
 適用除外不該当の届に記入する不該当日は 住民票上の 転入日を転記ください。

受付日付印