

介護保険適用除外 該当 届
不該当

常務理事	事務長	担当	担当

記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名
		：

適 用 除 外 者 氏 名	生 年 月 日	年 齢	続 柄	性 別	被保険者または被扶養者の住所
：	大 昭 平 令			1.男 2.女	
：	大 昭 平 令			1.男 2.女	
：	大 昭 平 令			1.男 2.女	
：	大 昭 平 令			1.男 2.女	
：	大 昭 平 令			1.男 2.女	

適 用 除 外 の 事 由	該 当 ・ 不 該 当 の 年 月 日
1. 国外居住者 (海外に居住し日本の住民登録を削除した日、または帰国し日本に住民登録をした日) 2. 身体障害者療養施設等入所者 (当該施設に入所した日、または退所した日) 3. 在留資格1年未満の外国人 (当初から、1年未満の限定で入国したもの)	令和 年 月 日

【添付書類】

1. 国外居住者は、住民票の除票
2. 身体障害者療養施設等への入所者は、入所・入院証明
3. 在留資格1年未満の外国人は、外国人登録証明書(写)、及び雇用契約期間を証明できる雇用契約書等

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主名 電 話	〒 印
--------------------------------	------------