

# 介護保険適用除外等 該当届

被保険者証の記号	被保険者証の番号										
被保険者の氏名		生年月日		被扶養者の氏名	続柄	生年月日					
(氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日

被保険者の住所	〒	被扶養者の住所	〒	備考
---------	---	---------	---	----

適用除外等の理由	該当 非該当	の別	該当 非該当	の年月日	※ 被扶養 者番号	※ 作成 原因
国外居住者 1	該 当 非 該 当	1 2	該 当 非 該 当	令和 年 月 日		
身体障害者療養施設入居者 2						
在留資格3か月以下の外国人 3						

入居施設の名称	〒
入居施設の所在地	〒
電 話	( 局 ) 番

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	( 局 ) 番

社会保険労務士記載欄

受付日付印

◎ 「※」欄は記入しないでください。