|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険適用除外 | 該当非該当 | 届 |  | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 係長・主任 | 担 当 |
|  |  |  |  |  |
| 申請者（被保険者） |
| 記　号 | 番号 | 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 標準報酬月額 | 部署名 |
|  |  |  | 1. 男
2. 女
 | 昭和平成　　 年　　 月　　 日 |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　－ | 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| 適用除外者 |
| 該当する項目に○を付けて下さい。1. 申請者本人（被保険者）のみ適用除外（被扶養者欄記入不要）
2. 申請者及び下記の被扶養者が適用除外
3. 下記の被扶養者のみが適用除外
 | 適用除外の理由 （注１） | 該当・非該当の別 | 該当・非該当の年月日 |
| １．国外居住者２．適用除外施設に入所３．在留期間が3ヶ月以下の外国人 | １．該 当２．非該当 | 令和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 被扶養者氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 適用除外の理由が ２．適用除外施設に入所 の場合の証明 |
|  | 1. 男
2. 女
 |  | 昭･平・令　 年　　 月　　 日 | 左記の介護保険適用除外者は、当施設  者である事を証明します。入所又は退所の日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日施設所在地： |
|  | １．男２．女 |  | 昭･平・令　　　 年　　 月　　 日 |
|  | １．男２．女 |  | 昭･平・令　 年　　 月　　 日 |
| 適用除外者の住所電話番号 | 〒　　　　－（　　　　　　）　　　　　　－ | 施 設 名 称：代 表 者 名：電 話 番 号：　　　（　　　　　　）　　　　　　－ |
|  |  |  |
| 事業所所在地事業所名称事業主氏名電話番号 | （　　　　　　）　　　　　　－ | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 提出受付日付印 |
|  |  |  |
| 注１：適用除外に該当する場合の理由が １．国外居住者 の場合は、住民票の除票を貼付して下さい。 ２．適用除外施設に入所 の場合は、入所施設で証明を受けて下さい。 ３．在留期間が3ヶ月以下の外国人 の場合は、在留資格の証明書類コピーを添付して下さい。適用除外の非該当となる場合は、理由に関係なく非該当となる方の住民票を添付して下さい。非該当となる理由が、適用除外施設から退所したことによる場合は、退所した証明も受けて下さい。 |  |