

介 護 保 険 適 用 除 外 該 当 届
非 該 当

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	部署コード	所属長印
			1. 男 2. 女	昭和 平成 年 月 日			
住所	〒 ー				電話番号	() ー	

適用除外者

該当する項目に○を付けて下さい。	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. 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	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 左記の介護保険適用除外者は、 当施設（に入所中の） を退所した）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： 施設名称： 代表者名： 電話番号： () ー
	1. 男 2. 女		昭・平・令 年 月 日	
	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	〒 ー			令和 年 月 日 提出
電話番号	() ー			

事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		
	() ー	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。

注2：届はコピーして正・副2通提出して下さい。

受付日付印