

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。				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： () —		
	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	〒 —			令和 年 月 日 提出 <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; padding: 2px;">受付日付印</div>		
電話番号	() —					
事業所所在地				令和 年 月 日 提出 <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; padding: 2px;">受付日付印</div>		
事業所名称						
事業主氏名 電話番号	() —					

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。