

介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

常務理事	事務長	課長	係

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性別	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 ・ 女 2	昭 5 平 7 令 9 年 月 日

⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	② 性別	④ 続柄	⑤ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 ・ 女 2		昭 5 平 7 令 9 年 月 日

⑥被保険者の住所	〒 —	⑦被扶養者の住所	〒 —	⑧ 備 考
----------	-----	----------	-----	-------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の 別 非 該 当	⑥ 該 当 の 年 月 日 非 該 当	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因	送 信
国外居住者 1	該 当 1	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	非 該 当 2				

⑨ 入居施設の名称	〒 —
⑩ 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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄

◎記入の方法及び添付書類は、「記入の方法」に書いてありますのでよく読んでください。
◎「※」欄は記入しないでください。