

介護保険適用除外 該不該当届

理事長	常務理事	審査	係

①保険証の記号	②保険証の番号

ア	被保険者の氏名	イ 性別	③	生年月日
(氏)	(名)	男1 ・ 女2	昭5 平7 令9	年 月 日

ウ	被扶養者の氏名	エ 性別	オ 続柄	カ 生年月日
(氏)	(名)	男1 ・ 女2	昭5 平7 令9	年 月 日

キ 被保険者の住所	ク 被扶養者の住所	ケ 備考
-----------	-----------	------

④ 適用除外該当の事由	⑤ 該当 不該当の別	⑥ 該当 不該当の年月日	⑦※ 被扶養者 番号	⑧※ 作成原因
国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当 1 ・ 不 該 当 2	令和 年 月 日		

コ 入居施設の名称	
サ 入居施設の所在地	
TEL ()	

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	
TEL ()	

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印