

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 女	昭 平 令	年 月 日
健保	太郎	男 1 2	昭 5 7 9	年 月 日 ○ ○ ○ 4 0 1

ウ	被扶養者の氏名	エ 性別	才 続柄	カ 生年月日
(氏)	(名)	男 女	昭 平 令	年 月 日
健保	愛子	男 1 2	昭 5 7 9	年 月 日 ○ ○ 0 5 0 1

キ 被保険者の住所	〒 —	ク 被扶養者の住所	〒 —	ケ 備考
100 ABC Street Sydney, NSW 2000, Australia		同左		

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