

# 介護保険適用除外等 該 当 非該 当 届

被 保 険 者 証	
記 号	番 号

被 保 険 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日		被 扶 養 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日					
氏	名	男 女	昭和・平成	年	月	日	氏	名	男 女	昭和・平成	年	月	日
		Ⓜ											

被 保 険 者 の 住 所
〒 -

被 扶 養 者 の 住 所
〒 -

適用除外の理由	該 当 非該 当	の 別	該 当 非該 当	の 年 月 日	入居施設の名称	
国外居住者 1	該 当	1	平成	年	月	日
身体障害者療養施設入居者 2	非該 当	2				
在留資格3か月以下の外国人 3						
					入居施設の住所 電話番号	〒 -  ( ) -

平成 年 月 日 提出

事業所所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	Ⓜ
------------------------------------	---

社会保険労務士の提出代行者印
Ⓜ

**【この届に添付して提出するもの】**

- 適用除外等の理由で国外居住者に該当する方は、「住民票の除票」
- 適用除外等の理由で身体障害者療養施設入居者に該当する方は、「入所・入院証明書」
- 適用除外等の理由で在留資格3か月以下に該当する方は、「在留期間を証明する書類」及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など