

# 介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

常務理事	事務長	事務次長	受付
事務次長		担当	

①被保険者等 記号・番号	記号		②事業所名称				
	番号						
③被保険者の氏名	(フリガナ)		④被保険者の 生年月日	昭和	年	月	日
⑤被保険者の住所	〒			⑥備考			

⑦被扶養者の氏名	(フリガナ)	続柄	⑧被扶養者の 生年月日	昭和	年	月	日
				平成			
⑨被扶養者の住所	〒						

⑩適用除外等の理由	⑪該当・ 非該当の別	⑫該当・非該当の 年月日
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人	該当  非該当	令和 年 月 日

⑬入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒
電話番号	- -

事業所記入欄	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号