正

被保険者等 記号・番号	①記号	②番号
	XXX	XXX

介護保険適用除外届

該当
 不該当
(どちらかに✓を付けてください)

常務理事	事務長	担当者	担当者

③被保険者氏名	④生年月日	⑤性別	⑥被保険者の住所
健保 太郎	☐ 昭和 ☒ 平成 ××年××月××日 ☐ 令和	☒ 男 ☐ 女	〒×××-×××× 東京都江東区××-××-× TEL ×× (××××) ××××

⑦被扶養者氏名	⑧生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪被扶養者の住所
	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女		〒 - TEL ()
	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女		〒 - TEL ()

⑫該当・不該当の別	※⑬該当の事由	⑭不該当の事由	⑮申請理由発生日	※⑯不該当予定年月日
☒ 該当 ☐ 不該当	☒ 1. 国外居住 ☐ 2. 適用除外施設入所 ☐ 3. 在留資格3カ月以下の外国人	☐ 4. 国内居住 ☐ 5. その他 ()	令和××年 × 月 × 日	令和××年 × 月 × 日

⑰適用除外施設の名称	⑱適用除外施設の所在地
	〒 - TEL ()

備考欄	
-----	--

事業所所在地	〒×××-××××
事業所名称	××××株式会社
事業主氏名	豊洲 太郎
電話	×× (××××) ××××

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄
氏名等

※⑬⑭事由に応じた添付書類(コピー)を提出してください。1:住民票の除票、2:入所・入院の証明書、3:在留カード、4:住民票
※⑯該当届提出の際、不該当予定年月日は予定で構いませんのでご記入ください。