

介護保険適用除外 該当 ・ 不該当届

1.届出者

記号			番号 (枝番記入不要)					氏 名		提出日	
1	2	3		4	5	6	7	健康 太郎		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	

番号は右詰めで記入してください

2.適用除外 該当又は不該当対象者

氏 名	性別	続柄	生年月日	適用除外理由 (○印を付ける)	区分	事由発生年月日
健康 太郎	男 女	本人	昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日	1.国外居住者	該当	令和 〇〇年〇〇月〇〇日
				2.適用除外施設入居者	不該当	
				3.在留資格3ヶ月以下の外国人		
	男 女		昭和・平成 年 月 日	1.国外居住者	該当	令和 年 月 日
				2.適用除外施設入居者	不該当	
				3.在留資格3ヶ月以下の外国人		

適用除外施設（適用除外理由が2の場合は、入居施設の名称及び所在地も記入してください）

入居施設の名称	入居施設の所在地
	〒 ー 電話（ ） ー

(注意事項)

- ・区分欄の「該当」は保険料免除。「不該当」は保険料徴収となります。
- ・海外赴任時や適用除外施設入居時は「該当」。帰国時や施設退去時は「不該当」です。
- ・40歳未満の海外赴任者が海外で40歳に達した時も提出が必要です。(誕生日の前日に該当)
- ・帰国時も必ず提出してください。提出が遅れると保険料の精算が発生します。
- ・被保険者と帯同者(配偶者等)の赴任月や帰国月が異なる場合はその都度提出してください。
- ・適用除外施設入居者は入居証明、在留資格3ヶ月以下の外国人は在留資格証明書等の提出が必要です。