

被保険者等 記号・番号	①記号	②番号

介護保険適用除外届

(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
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	〒 -	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
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		〒 -	TEL ()
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		〒 -	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
		()	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	
事業主氏名	
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。