

被保険者等 記号・番号	①記号	②番号
	××	××××

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		〒 - TEL ()
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 国外居住 <input type="checkbox"/> 2. 適用除外施設入所 <input type="checkbox"/> 3. 在留資格3カ月以下の外国人	<input type="checkbox"/> 4. 国内居住 <input type="checkbox"/> 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。