

介 護 保 険 適 用 除 外 該 当 届  
不 該 当

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被 保 険 者 氏 名		性 別	生 年 月 日			被 保 険 者 の 住 所	
		(氏)	(名)	男 女	昭和	年	月	日	〒

適用除外の事由	該 当 不該当	該 当 の 年 不該当 月 日
日本国外居住者 1	該 当 1	年 月 日
在留資格3か月以下の外国人 2	不該当 2	
身体障害者療養施設入居者 3		

適用除外の事由が3の場合、下記項目に記入してください。

入 居 施 設 の 名 称	入 居 施 設 の 所 在 地 お よ び 電 話 番 号
	〒  電話 ( )

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒   ( ) ㊟
--------------------------------	--------------------

平成 年 月 日提出	受付日付印
社会保険労務士の提出代行者印	
	㊟

【この届に添付して提出するもの】

1. 適用除外の事由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」
2. 適用除外の事由で、2に○をされた方は、「旅券その他在留資格を証する書類」及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書の写し」
3. 適用除外の事由で、3に○をされた方は、「入所・入院証明」