

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
〇〇〇	〇〇〇〇	(氏) 〇 〇	(名) 〇 〇	男 女	昭和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇

適用除外の事由	該当 不該当	該当 不該当	の 別	の 年 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	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日
身体障害者療養施設入居者	3			

記入方法
 ・該当の場合は転出日の翌日
 ・不該当の場合は転入日

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	〒〇〇〇-〇〇〇〇
事業所名称	東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇
事業主氏名	(株)自動車部品
電話	〇〇 〇〇 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

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」