

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	5.昭 7.平 9.令	年	月	日	〒

適用除外の事由	該 当 不該当	該 当 不該当	の 別	該 当 不該当	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		
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	()

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者

受 付 日 付 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」