

介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

① 事業所記号	② 被保険者番号

常 務	事務長	主 任	担 当 者

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性別	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7

⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑤ 性別	④ 続柄	⑦ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2		昭5 年 月 日 平7

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の 別 非該当	⑥ ※ 該 当 の 年 月 日 非該当	⑦ ※ 被扶養者番号	送 信
国外居住者・国内帰任者 1	該 当 1	平成 年 月 日		
身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3	非該当 2			

⑧ 入居施設の名称	
⑨ 入居施設の所在地	〒 —
電 話	(局) 番

*添付書類 ④の適用除外等の事由で、1に○をされた方は、「住民票」（転入または除票）
 ④の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、「入所・入院の証明書」
 ④の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、在留期間を証明する書類（旅券（パスポート）の裏面に押される「上陸許可認印（写）」

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

(局) 番

受付日付印

平成 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

⑨