

介護保険適用除外
該当
非該当 届

常務理事			担当者

記 号	番 号

被保険者の氏名		性別	生 年 月 日		
(氏)	(名)	男	年	月	日
		女			
被保険者の住所	〒				

被扶養者の氏名		性別	続柄	生 年 月 日		
(氏)	(名)	男		年	月	日
		女				
被扶養者の住所	〒					

適用除外の事由	該 当 非該当 の別	該 当 非該当 の年月日		
1. 国内に住所を有しない方 2. 適用除外施設の入所者 3. 在留見込み期間3ヶ月以下の 外国人	該 当 非該当	年	月	日

*該当年月日は転出日の翌日、非該当年月日は転入日を記入

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒 ()

年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	()

《添 付 書 類》（左記『適用除外の事由』の番号に対して）

- 該 当 届：1. 住民票除票証明書又は転出届受理証明書
2. 適用除外施設の入所・入院証明書
3. 外国人登録証明書
- 非該当届：1. 住民票（転入日が記載されたもの）
2. 適用除外施設の退所・退院証明書
3. 在留見込み期間延長が確認できる書類

※写し可

受 付 日 付 印