

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

介護保険適用除外 該当 届
非該当

平成 年 月 日提出

提出者記入欄	① 事業所記号		② 被保険者番号		受付印	
	事業所所在地	〒 -				
	事業所名称					
	事業主氏名	(印)				
電話番号	()					
社会保険労務士記載欄 氏名等					(印)	

被保険者	フリガナ		③ 生年月日	5.昭和	年	月	日	④ 性別	1.男
	氏名			7.平成					2.女
住所	郵便番号 -								

被扶養者	フリガナ		⑤ 続柄	③ 生年月日	5.昭和	年	月	日	④ 性別	1.男
	氏名	氏 名			7.平成					2.女
住所	郵便番号 -									

⑥ 適用除外等の理由	⑦ 該当の別	⑧ 該当・非該当の年月日
1. 国外居住者	1 該当	年 月 日
2. 身体障害者療養施設入居者	2 非該当	7.平成
3. 在留資格3か月以下の外国人		

⑨ 入居施設の名称	
⑩ 入居施設の所在地	郵便番号 -
電話番号	- -

記入方法

- ①事業所記号 : 事業所記号は下図を参考にご記入ください。
事業主の押印は、署名（自署）の場合は省略できます。

健康保険 事業所記号	1	6	2
---------------	---	---	---

- ②被保険者番号 : 被保険者番号（被保険者証の番号）をご記入ください。
③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

5.昭和 ⑦平成	年	0	1	月	0	3	日	0	4
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- ④性別 : 該当する番号を○で囲んでください。
⑤続柄 : 被保険者との続柄を、「夫」「妻」「父」「母」「子」「祖父」「祖母」等、詳しく記入してください。
⑥適用除外等の事由 : 該当する数字を○で囲んでください。
⑦該当 非該当の別 : 該当する数字を○で囲んでください。
⑧該当・非該当の年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

5.昭和 ⑦平成	年	3	0	月	0	5	日	0	4
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- ⑨入居施設の名称 : 適用除外等の事由欄で2に○をされた方のみ記入してください。
⑩入居施設の所在地 : 現住所を記入してください。なお、海外赴任の場合は国名のみ記入してください。

【この届出に添付して提出するもの】

- ⑥適用除外等の事由で1に○をされた方 : 「住民票の除票」
⑥適用除外等の事由で2に○をされた方 : 「入所・入院の証明書」
⑥適用除外等の事由で3に○をされた方 : 在留期間を証明する書類（旅券（パスポート）の裏面に押印される「上陸許可認印（写）」「資格外活動許可書（写）」など）および雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。