

介護保険 適用除外 該当・不該当届

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

事業主記入欄	健保証 記号		
	事業所 所在地	〒	
	事業所 名称		
	事業主 氏名		
電話番号	()		
		受付印	確認印
		社会保険労務士記載欄 氏名等	

被保険者欄	健保証 番号	氏名	(フリガナ) (氏名)	性別	1.男 2.女	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	住所	〒								

介護保険適用状況	該当 不該当	令和	年	月	日	① 国外移住者 ② 身体障害者療養施設入所者(下段もご記入ください) ③ 在留資格3か月以下の外国人
	入所施設の 名称	入所施設の 所在地		〒 TEL ()		

被扶養者欄	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄
	(氏名)	住所 〒							

～注意事項～

- ◆ 適用除外【該当】年月日は市町村に届出を行った転出日(住所を有しなくなった日)の翌日をご記入ください。
- ◆ 適用除外【不該当】日は転入日をご記入ください。
- ◆ 40歳から64歳までの被扶養者が居る方は被扶養者欄もご記入ください。

～添付書類～

- ◆ 1. に○をされた方は『住民票の除票』
- ◆ 2. に○をされた方は『入所・入院の証明書』
- ◆ 3. に○をされた方は在留期間を証する書類(パスポートの裏面に押される『上陸許可認印(写)』『資格外活動許可書(写)』)及び雇用期間を証明できる『雇用契約書』など
- ◆ 適用除外【不該当】になった際は『住民票』