

介護保険適用除外 該 不 該 当 届

常務理事	事務長	担当

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 の 氏 名		性 別	生 年 月 日
(印)		男 1 ・ 女 2	昭3 年 月 日 平5 令7
被 保 険 者 の 住 所			
〒 -			
適 用 除 外 事 由	該 当 ・ 不 該 当 別	該 当 ・ 不 該 当 の 年 月 日 (注)	
国外居住 1	該 当 1	令和 年 月 日	
身体障害者療養施設入所 2	・		
在留資格一年未満の外国人 3	不 該 当 2		

注)事由1は海外勤務等により市区町村に住所をもたなくなった日の翌日が該当日・海外より帰国し市町村内に住所もつようになった日が不該当日

(1)被扶養者について、次欄にご記入ください(高校生以下は記入不要)

氏名・生年月日	事由・該当の別	該 当 ・ 不 該 当 の 年 月 日	被 扶 養 者 の 住 所
大・昭・平・令 年 月	1 該 当 1	令和 年 月 日	〒 -
	2 　　・		
	3 不 該 当 2		
大・昭・平・令 年 月	1 該 当 1	令和 年 月 日	〒 -
	2 　　・		
	3 不 該 当 2		
大・昭・平・令 年 月	1 該 当 1	令和 年 月 日	〒 -
	2 　　・		
	3 不 該 当 2		
大・昭・平・令 年 月	1 該 当 1	令和 年 月 日	〒 -
	2 　　・		
	3 不 該 当 2		

(2)「適用除外事由」が2に該当する者について、次欄にご記入ください

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒 - (局) - 番

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	(局) - 番 (印)

令和 年 月 日提出

受付日付印

記入上の注意

1. 該当する数字を○で囲んでください
2. 住所欄は住民登録の住所を記入してください