

常務理事	事務長	係

介護保険適用除外等 該当 不該当 届

被保険者等記号・番号		—							
被 保 険 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日						
(氏)	(名)		年 月 日						
	印	男 1 女 2	昭 5 平 7						

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

被保険者の住所	〒 —	被扶養者の住所	〒 —	備 考	
---------	-----	---------	-----	-----	--

適用除外等の理由	該 当 の別 非該当	該 当 の年月日 非該当	※ 被扶養者番号	※ 作成原因
国外居住者 1	該 当 1 非該当 2	年 月 日		
身体障害者 療養施設入居者 2				
在留資格一年 未満の外国人 3				

入居施設の名称	〒 —
入居施設の所在地	
電 話	(局) 番

年 月 日提出

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業所氏名	印
電 話	(局) 番

受 付 日

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
◎ 「※」欄は記入しないでください。