

常務理事		事務長			担当

介護保険適用除外非該当届

被保険者証の 記号番号	記号		被保険者 氏名	フリガナ	コーホート ID		生年月日					性別
	番号			(自 署)			昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	
被保険者 住 所 電話番号	〒				事業所名 部署 電話番号	電話 ()						

※40歳以上65歳未満の被保険者(本人)及び被扶養者(家族)は下記の欄に記入してください。

適用除外の本人及び家族氏名		生年月日				性別	続柄	年齢	適用除外の理由	備考(※1)	適用除外非該当日(※2)			
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		歳	1. 国内に帰国したため(住民票の登録) 2. 施設を退居したため 3. 在留資格が3ヶ月以上の外国人のため		令和	年	月	日
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		歳	1. 国内に帰国したため(住民票の登録) 2. 施設を退居したため 3. 在留資格が3ヶ月以上の外国人のため		令和	年	月	日
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		歳	1. 国内に帰国したため(住民票の登録) 2. 施設を退居したため 3. 在留資格が3ヶ月以上の外国人のため		令和	年	月	日

(※1) 転勤により外国から国内へ転居した場合にはその旨をご記入ください。

(※2) 海外帰国者は住民票の「転入日(非該当日)」
施設入居者は施設の「退居日(非該当日)」

添付書類について
適用除外の理由1. に○をされた方は「住民票」
適用除外の理由2. に○をされた方は「退所・退院の証明書」
適用除外の理由3. に○をされた方は在留期間の延長を証明する書類など。

事業主 の 証 明	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話

令和 年 月 日提出

受付日付印