

介護保険適用除外該当届

常務理事	事務長		担当

被保険者等 記号番号	記号		被保険者 氏名	フリガナ	コーポレート 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)	適用除外該当日(※2)
フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日 男 女		歳	1. 海外に居住するため(住民票の除票) 2. 施設に入居したため 3. 在留資格が3ヶ月以下の外国人のため		令和 年 月 日
フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日 男 女		歳	1. 海外に居住するため(住民票の除票) 2. 施設に入居したため 3. 在留資格が3ヶ月以下の外国人のため		令和 年 月 日
フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日 男 女		歳	1. 海外に居住するため(住民票の除票) 2. 施設に入居したため 3. 在留資格が3ヶ月以下の外国人のため		令和 年 月 日

- (※1) 転勤により国内から国外へ転居した場合にはその旨をご記入ください。
適用除外の理由で2. に○をされた方のみ入居施設名・所在地・電話番号をご記入ください。
- (※2) 海外居住者は住民票の「転出日の翌日(該当日)」
施設入居者は施設の「入居日の翌日(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「住民票の除票」または「転出証明書(写)」
適用除外の理由2. に○をされた方は「入所・入院の証明書」
適用除外の理由3. に○をされた方は在留期間を証明する書類(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)」など及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」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