

送信	① 被保険者証の 記号及び番号
	.

## 介護保険適用除外該当・不該当届

常務理事	事務長	課長	係長	係

② 被保険者の氏名	③ 性別	④ 生 年 月 日
(フリガナ)	○ 男 ○ 女	○ 昭和 年 月 日 ○ 平成       日

⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 性別	⑦ 続柄	⑧ 生 年 月 日
(フリガナ)	○ 男 ○ 女		○ 昭和 年 月 日 ○ 平成       日

⑨ 被保険者の住所	〒 -	⑩ 被扶養者の住所	〒 -	備考
-----------	-----	-----------	-----	----

⑪ 適用除外の事由	⑫ 該 当 不該当の別	⑬ 該 当 不該当の年月日
○ 国 外 居 住 者 ○ 身体障害者療養施設入所者 ○ 在留資格一年未満の外国人	○ 該 当 ○ 不該当	令和 年 月 日       日

⑭ 入居施設の名称	〒 -
⑮ 入居施設の所在地 電話番号	- -

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日 提出

受付日付印