

介護保険適用除外等
該 当 届
非 該 当

常務理事	事務長			担当者

被保険者証									
記 号	番 号								
被保険者の氏名		性別	生年月日		被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日
(氏)	(名)	男 女	昭 平	年 月 日	(氏)	(名)	男 女		昭 平 年 月 日
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 非該当	該 当 非該当	の年月日		入居施設の名称				
国外居住者 身体障害者療養施設入居者 在留資格一年未満の外国人	該 当 非該当	令和	年	月 日	入居施設の所在地	〒			
					電 話	(局) 番			
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 (局) 番								
					社会保険労務士の提出代行印				

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印