

# 介護保険適用除外等 該 非 該 当 届 当 届

常務理事	事務長	業務課長	係

① 事業所記号	② 被保険者整理番号

③ 被保険者の氏名	④ 生年月日	⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 続柄	⑦ 生年月日
(氏) _____ (名) _____	昭5 年 月 日 平7	(氏) _____ (名) _____		昭5 年 月 日 平7 令9

⑧ 被保険者の住所	⑨ 被扶養者の住所	⑩ 備考

⑪ 適用除外等の理由	⑫ 該 当 非 該 当 の別	⑬ 該 当 非 該 当 の年月日	⑭ 入居施設の名称
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3	該 当 1 非 該 当 2	令和 年 月 日	⑮ 入居施設の所在地  電話 ( 局 ) 番

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	
電話	( 局 ) 番

受付印

社会保険労務士の提出代行者欄

◎記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んでください。