正

◎ ※印欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号

介護保険適用除外（該当・不該当）届

（どちらかに〇を付けてください）

令和　年　月　日					
常務理事	事務局長	部　長	課　長	係　長	係

③被保険者の氏名	④生年月日	⑤被保険者の住所
		〒　－ TEL　－　－

⑥被扶養者の氏名	⑦生年月日	⑧続柄	被扶養者番号	⑨被扶養者の住所
			※	〒　－ TEL　－　－
			※	〒　－ TEL　－　－

⑩適用除外の事由	⑪該当・不該当の別	⑫該当・不該当年月日
1.適用除外施設入所 2. 国外居住 3.在留資格3ヶ月以下の外国人	1. 該　当 2. 不　該　当	令和　年　月　日

⑬適用除外施設の名称	
⑭適用除外施設の所在地	〒　－ TEL　－　－

事業所所在地　〒　－

事業所名称

事業主氏名

電　話　（　）局　番

令和　年　月　日　提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄