

# 介護保険 適用除外 該当・非該当 届

(どちらかに○をしてください)

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	※「該当」の時は出国前の住所、「非該当」の時は帰国後の住所を記入
記号	番号		〒

区分	氏名	性別	続柄	生年月日	下記、該当事由の番号に○印をつけてください。	添付書類 (該当日・非該当日)	該当日・非該当日
該当の被保険者・被扶養者	被保険者	男・女		年 月 日 ( 歳)	0	⇒ 住民票の除票(住民票の転出日翌日が該当日) ⇒ 住民票の除票(誕生日の前日)	年 月 日
	被扶養者	男・女		年 月 日 ( 歳)	2 適用除外施設入居者	⇒ 入所及び入院証明書 (入所日の翌日が該当日)	年 月 日
		男・女		年 月 日 ( 歳)	3 在留資格3か月以下の外国人	⇒ ①旅券の写し ②在留資格証明書の写し ③雇用契約期間を証する書類の写し (健康保険の資格取得日が該当日)	年 月 日
		男・女		年 月 日 ( 歳)	4 国内帰任者	⇒ 住民票(住民票の転入日が非該当日)	年 月 日
		男・女		年 月 日 ( 歳)	5 適用除外施設退所者	⇒ 退所及び退院証明書(退所日が非該当日)	年 月 日
		男・女		年 月 日 ( 歳)	6 在留資格3か月超過した外国人	⇒ 住民票(住民票の転入日が非該当日)	年 月 日

※住民票は、転出日、転出予定日、転入日の記載があるものを添付ください

<下記には記入しないでください>

従前における被保険者区分  第2号被保険者  特定被保険者  適用除外者  決定における被保険者区分  第2号被保険者  特定被保険者  適用除外者

事業主	(上記の通り相違ないことを証明します)
所在地	
名称	
氏名	
電話番号	

提出日 年 月 日

受付印

社会保険労務士の提出代行者印