

届書コード	処理区分	届書
2 2 6		

介護保険適用除外等 該 当 届

常務理事	事務長	次 長	課 長	係 長	係 員

正

④の適用除外等の事由で、
 ①に○をされた方は、「住民票の除票」を添付してください。
 ②に○をされた方は、「入所・入院の証明書を添付してください。
 ③に○をされた方は、在留期間を証明する書類（旅券（パスポート）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」などの裏面に押される「上陸許可認印（写）」、
 「資格外活動許可書（写）」など）を添付してください。

① 健康保険被保険者証の記号 0000	② 健康保険被保険者証の番号 0000
⑦ 被保険者の氏名 (氏) 日本 (名) 太郎 日本印	⑧ 性別 男 1 女 2
⑨ 生年月日 昭 5 年 3 月 2 日 <small>平 7 月 9 日 令 9 年 3 月 2 日</small>	

⑩ 被扶養者の氏名 (氏) 日本 (名) 愛子	⑪ 性別 男 1 女 2	⑫ 続柄 妻	⑬ 生年月日 昭 5 年 3 月 4 日 <small>平 7 月 9 日 令 9 年 3 月 4 日</small>
--	---	------------------	--

⑭ 被保険者の住所 〒 9 Rose St. Melville. NY 1111	⑮ 被扶養者の住所 同 左	⑯ 備考 備考
--	-------------------------	-------------------

⑰ 適用除外等の事由 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	⑱ 該 当 非該 当 の別 該 当 1 非該 当 2	⑲ 該 当 非該 当 の年月日 令和 年 月 日 0 1 0 6 0 1	⑳ ※ 被扶養者番号	㉑ ※ 作成原因	送 信
---	---	---	------------	----------	-----

㉒ 入居施設の名称	〒 —
㉓ 入居施設の所在地	〒 —
電話番号	() 局 番

令和 元 年 6 月 1 0 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 000 — 0000
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	〇〇 〇〇 印
電話番号	000 (000 局) 0000 番

社会保険労務士の提出代行者印
印

◎ 「※」欄は記入しないでください。