

正 副

介護保険 適用除外 該当 届
非該当

- ◎ 本書には副としてコピーを添付してください。
 ◎ 当該届に関する確認通知書は副をもってかえさせていただきます。
 ◎ 適用除外「該当」の届出を行う場合は、適用除外の理由を証明する書類（住民票の除票等）の添付が必要です。

確認日付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所 記号						
	事業所 所在地						
	事業所 名称						
	事業主 氏名						
	電話番号						
社会保険労務士記載欄							
氏名等							

被保険者	証番号	(右づめ)								
	氏名 (注)					生年 月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	該当 非該当 の別	1.該当 2.非該当 3.被扶養者のみ	除外等 の理由	1.国外居住のため 2.身体障がい者療養施設入居のため 3.在留資格3か月以下の外国人のため		該当 非該当 年月日	9.令和	年	月	日

(注) 転動により「国内から国外」または「国外から国内」へ転居した場合は、被保険者本人による署名又は押印等は不要です。

40歳以上65歳未満の配偶者等が「国内から国外」または「国外から国内」へ転居する場合は、下記被扶養者欄に記載してください。

「適用除外該当日」は「住民票の転出日の翌日」、「適用除外非該当日」は「住民票の転入日」を記載してください。

被扶養者 ①	氏名					続柄		生年 月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	該当 非該当 の別	1.該当 2.非該当	除外等 の理由	1.国外居住のため 2.身体障害者療養施設入居のため 3.在留資格3か月以下の外国人のため		該当 非該当 年月日	9.令和	年	月	日		

被扶養者 ②	氏名					続柄		生年 月日	5.昭和 7.平成	年	月	日
	該当 非該当 の別	1.該当 2.非該当	除外等 の理由	1.国外居住のため 2.身体障害者療養施設入居のため 3.在留資格3か月以下の外国人のため		該当 非該当 年月日	9.令和	年	月	日		