

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

被保険者等	
記号	番号

介護保険適用除外 該当届

常務理事	事務長	担当者

被保険者氏名		性別	生年月日	
(氏)	(名)		昭和	
		男 1 ・ 女 2		年 月 日
			平成	

被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日	
(氏)	(名)			昭和	
		男 1 ・ 女 2		年 月 日	

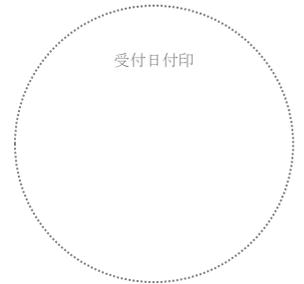
被保険者住所	〒 ー	被扶養者住所	〒 ー	備考	
--------	-----	--------	-----	----	--

適用除外の事由	該当・不該当の別	該当・不該当の年月日	※被扶養者番号	※作成原因
1. 国外居住者	該当 1			
2. 身体障害者療養施設入居者	・	令和 年 月 日		
3. 在留資格一年未満の外国人	不該当 2			

入居施設名称	
入居施設所在地	〒 ー
電話番号	()

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出



社会保険労務士の提出代行者