

常務理事	事務長	主任	担当者

介護保険適用除外 該 当 届
非該当

記号	番号	被保険者氏名	性別	被扶養者の有無
		①	男 ・ 女	有 ・ 無

◎40歳以上65歳未満の被保険者及び被扶養者で適用除外に該当若しくは非該当となったときは下欄に記入してください。

フリガナ 該当者の氏名	性別	生年月日	続柄	該 当 年 月 日 非該 当	適用除外の事由
	男 ・ 女	年 月 日		1. 該 当 2. 非該 当 年 月 日	1. 国外居住者 2. 海外赴任中に40歳になったため 3. 適用除外施設入所 4. 在留資格が1年未満の外国人
	男 ・ 女	年 月 日		1. 該 当 2. 非該 当 年 月 日	1. 国外居住者 2. 海外赴任中に40歳になったため 3. 適用除外施設入所 4. 在留資格が1年未満の外国人
	男 ・ 女	年 月 日		1. 該 当 2. 非該 当 年 月 日	1. 国外居住者 2. 海外赴任中に40歳になったため 3. 適用除外施設入所 4. 在留資格が1年未満の外国人

※適用除外の事由が3. 適用除外施設入所の場合は、施設の名称・所在地等を下欄に記入してください。

入所施設の名 称	入所施設の所在地	〒 — — Tel — —
----------	----------	------------------

上記の届出について事実と相違ないことを証明します。

所在地
事業所 名 称
事業主氏名 ①

【記入上のご注意】

適用除外該当年月日欄に記入する日付は以下のとおりです。

1. 国外居住者は、住民票の転出日の翌日
2. 海外で40歳になった場合は、40歳の誕生日の前日
3. 施設入所者は、入所日の翌日
4. 短期滞在の外国人
 - ① 40歳以上で入社した場合は、健保の資格取得日
 - ② 40歳未満で入社した場合は、40歳の誕生日の前日