

介護保険適用除外

該当
不該当 届

課長	主査	担当者

被保険者証の 記号・番号	記号	番号
-----------------	----	----

被保険者の氏名	性別	生年月日			
	男	昭	年	月	日
	・	平			
	女	令			

被扶養者の氏名	性別	続柄	生年月日			
	男		昭	年	月	日
	・		平			
	女		令			

被保険者の住所	〒	—	被扶養者の住所	〒	—	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
国外居住者	1		平・令	月	日	
身体障害者療養施設 入居者	2	該当				
在留資格一年未満 の外国人	3	不該当				

入居施設の名称	〒	—
入居施設の所在地・電話		

令和 年 月 日 提出

事業所	所在地	〒	—
事業主	名称		
	氏名		
	電話	()	

受付日付印