

介護保険適用除外等^{該当}_{非該当}届

常務理事	事務長	担当者

届出者

提出日	年 月 日	被保険者証の記号番号	被保険者氏名
			フリガナ
			(氏) (名)

適用除外申請対象者(海外勤務等をされる被保険者または被扶養者)

氏 名	①続柄	②性別	③生 年 月 日	④該当・非該当の別
フリガナ		男 ・ 女	S H R 年 月 日	該 当 ・ 非該当
⑤住 所			⑥適用除外理由	1 国外居住者 2 身体障害者療護施設等入所者 (入居施設名称及び所在地を記入のこと)
〒				
海外勤務先等の名称		⑦異動発令年月日		⑦該当・非該当の年月日
		年 月 日		年 年 月 日
氏 名	①続柄	②性別	③生 年 月 日	④該当・非該当の別
フリガナ		男 ・ 女	S H R 年 月 日	該 当 ・ 非該当
⑤住 所			⑥適用除外理由	1 国外居住者 2 身体障害者療護施設等入所者 (入居施設名称及び所在地を記入のこと)
〒				
海外勤務先等の名称		⑦異動発令年月日		⑦該当・非該当の年月日
		年 月 日		年 年 月 日

⑨在留資格1年未満の外国人としての適用除外申請者

氏 名	生年月日(西暦)	日本在留資格期間
フリガナ	年 月 日	年 月 日

入居施設について、記入して下さい。

⑩入居施設の名称	
⑪入居施設の所在地	〒
TEL	
※該当するものに○をつけてください。 () 身体障害者療養施設 () 重症心身障害児(者)施設 () 国立療養所等の重症心身障害児(者)病棟または進行性萎縮症児(者)病棟 () 心身障害者福祉協会法に規定する福祉施設 () ハンセン病療養所 () 生活保護法に規定する救護施設	

任意継続被保険者の方は、下欄の記載の必要はありません。

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒
---------------------------------	---