

記入例

介護保険適用除外等^{該当}届
非該当

常務理事	事務長	担当者

届出者

提出日	2019年10月6日					
被保険者証の記号番号					氏名	フリガナ
1	0	0	1	2	3	4
5	6	7	氏名	フリガナ	ヨウセン	タロウ
			(氏)	有線	(名)	太郎

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 ヨウセン ハナコ 有線 花子	妻	男・女	S H R	年	月	日
			3	8	1	2
⑤住所			⑥適用除外理由		⑦異動発令年月日	
〒 277-0036 千葉県柏市東中新宿1-23			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)		2019年1月20日	
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 月 日	
			2019		2019	
			1		1	
			0		2	
			0		0	
			6		1	
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
			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)		該当・非該当	
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 月 日	

1. 国外居住の場合は、住民票の市区町村への転入日。
 2. 施設等入所の場合は、退所日。

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	

記入例

介護保険適用除外等 該当 届
非該当

常務理事	事務長	担当者

届出者

提出日	2019 年 10 月 6 日											
被保険者証の記号番号						氏名						
1	0	0	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	ユウセン	タロウ
						(氏)	有線	(名)	太郎			

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			
フリガナ ユウセン タロウ 有線 太郎	本人	<input checked="" type="radio"/> 男・女	<input checked="" type="radio"/> S H R	3	7	0	1	0	8	<input checked="" type="radio"/> 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居者 (入居施設名称及び所在地)					
〒 アメリカ合衆国 ニューヨーク州			理由							
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			
HMA			2019 1 0 0 6				2019 1 0 1 0			
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 ユウセン ハナコ 有線 花子	妻	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> S H R	3	8	1	2	2	5	<input checked="" type="radio"/> 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居者 (入居施設名称及び所在地を記入のこと)					
〒			理由							
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			
							2019 1 0 1 0			

1. 国外居住の場合は、住民票の市区町村からの転出日の翌日。
 2. 施設等入所の場合は、入所日の翌日。

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。 <input type="checkbox"/> 身体障害者療養施設 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児(者)施設 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 心身障害者福祉協会法に規定する福祉施設 <input type="checkbox"/> ハンセン病療養所 <input type="checkbox"/> 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	