

介護保険適用除外（該当・非該当）届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

◎記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

被保険者等の記号		被保険者等の番号					
被保険者の氏名		性別	生 年 月 日			被保険者の住所	
(氏)	(名)	男 女	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	〒 ー
被扶養者の氏名		性別	生 年 月 日			続柄	被扶養者の住所
(氏)	(名)	男 女	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	〒 ー

①適用除外の事由		②該当 非該当の別	③該 当 非該当の年月日			④入所施設 の名称	⑤入所施設 の所在地 電話番号 (局) 番
外国居住者 1	1. 該 当 2. 非該当	7. 平成 9. 令和	年	月	日	〒 ー	
身体障害者療養施設療養施設入所者 2 在留資格3か月以下の外国人 3							
備 考							

事業所 所在地	
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話番号	

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

確認	この届出は①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
☐	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

【記入の方法】

1. 「①適用除外の事由」は、該当する数字を○で囲んでください。
2. 「③該当・非該当の年月日」は、該当または非該当となった年月日を記入してください。
※該当の場合、除票された日(転出日の翌日)、入所日等
非該当の場合、転入した日、在留資格が延長された日等
3. 「④入所施設の名称」、「⑤入所施設の所在地・電話番号」は、「①適用除外の事由」が「2」に該当した場合に記入してください。
4. 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は省略できます。
ただし、転勤により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人署名または押印は不要です。
5. 事業主の押印は、自署した場合に限り省略できます。
6. 被保険者等記号番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。

【この届に添付するもの】

「①適用除外の事由」で、

「外国居住者」に該当する場合は、住民票の除票

「身体障害者療養施設入居者」に該当する場合は、入所・入院証明書の写し

「在留資格3か月以内の外国人」に該当する場合は、旅券(パスポート)その他在留資格を証する書類および雇用契約期間を証する書類の写し(雇用契約書等)