

介護保険適用除外等該当届

理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当 者

記 号 ・ 番 号					
.					
被 保 険 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日		
(氏)	(名)	男・女	昭・平	年	月 日
被保険者の住所		〒 ()			
適 用 除 外 等 の 理 由		該 当 ・ 非 該 当 の 年 月 日			
・ 国外居住者 ・ 身体障害者療養施設入所者 ・ 在留資格一年未満の外国人		令和	年	月	日

被 扶 養 者 の 氏 名		性別	続柄	生 年 月 日		
(氏)	(名)	男・女		昭・平	年	月 日
被扶養者の住所		〒 ()			備考	
入 居 施 設 の 名 称						
入居施設の所在地 電 話 番 号		〒 ()				

令和 年 月 日

事業所所在地	〒	一
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

受付日