介護保険適用除外等 (該当 / 非該当) 届 （正）

常務理事	事務長	MGR	担当者	CPU処理

被保険者の記号	被保険者の番号
1003	450

被保険者の記号・番号を必ず記入してください。

※ 帯同(帰国)する被扶養者の氏名・性別・続柄・生年月日を記入してください。

被保険者の氏名		性別	生年月日					
姓	名		元号	年		月		日
健保	太郎	(男)・女	(昭和)・平成・令和	4	5	1	2	0	6

いずれかを〇で囲んでください。

被扶養者の氏名			性別	続柄	生年月日					
	姓	名			元号	年		月		日
(Ⅰ)	健保	花子	男・(女)	妻	(昭和)・平成・令和	5	0	0	1	1	5
(Ⅱ)			男・女		昭和・平成・令和						

被保険者の住所	
	〒105 － 7106 東京都港区東新橋1-2-3-206

・該当届の場合・・・・・最後の住所を記入してください。
・非該当届の場合・・・帰国後の住民票上の住所を記入してください。

被扶養者の住所	備　考
(Ⅰ) 〒105 － 7106 東京都港区東新橋1-2-3-206	
(Ⅱ) 〒　　－	

適用除外等の事由	該当・非該当の別	該当・非該当の年月日			
		元号	年	月	日
(1. 国外居住者) 2. 身体障害者療養施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人	(該当)・非該当	令和	0 5	0 6	0 1

いずれかを〇で囲んでください。
・該当・・・・適用除外等の理由に該当した場合
・非該当・・適用除外等の理由が止んだ場合

事業所所在地	〒105 － 7106 東京都港区東新橋1-5-2　汐留シティセンター6階

いずれかを〇で囲んでください。
1. 国外居住者・・・・・・・・・・・・・・・・・転勤により日本国内から外国へ転居した場合
2. 身体障害者療養施設入居者・・・介護保険施設、特定施設等に入所した場合
3. 在留資格3か月以下の外国人・・入管法の規定による3か月を超える在留期間が決定等されていない場合

入居施設の名称	
入居施設の所在地 電　話	〒　　－

「適用除外等の事由」が「2. 身体障害者療養施設入居者」である場合は、入居しているまたは入居していた施設の名称及び所在地を記入してください。

令和　5年　6月　2日 提出

受付印

① 該当届の場合
1. 国外居住者 ： 住民票除票(原本)(個人番号の記載がないもの)又は辞令(写)
2. 身体障害者療養施設入居者 ： 入所又は入院証明書(原本)
3. 在留資格3か月以下の外国人 ： 旅券(パスポート)の裏面に押される「上陸許可認証(写)」、「資格外活動許可書(写)」など、及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書(写)」など

② 非該当届の場合
1. 国外居住者＆3. 在留資格3か月以下の外国人 ： 住民票(原本)(個人番号の記載がないもの)
2. 身体障害者療養施設入居者 ： 退所又は退院証明書(原本)