

正
◎ 被保険者本人が自らの署名する場合は、被保険者本人の押印は不要です。
◎ 被保険者本人以外の方の押印は、被保険者本人の押印は不要です。
◎ 本人の署名又は押印は不要です。

届書コード	処理区分	届書
2 2 6		

介護保険適用除外等 該 当 届
非 該 当

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号
※	

常務理事	事務長	係	係

⑦ 被保険者の氏名	① 性別	③ 生年月日
(氏) (名)	男 1 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7 令 9

⑦ 被扶養者の氏名	⑤ 性別	⑥ 続柄	⑦ 生年月日
(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 平 7 令 9

⑧ 被保険者の住所	⑨ 被扶養者の住所	⑩ 備考
〒	〒	

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 非 該 当 の 別	⑥ 該 当 非 該 当 の 年 月 日	⑦ ※ 被扶養者番号	⑧ ※ 作成原因
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格 3 か月以下の外国人 3	該 当 1 非 該 当 2	令和 年 月 日		

⑪ 入居施設の名称	
⑫ 入居施設の所在地	〒
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	⑬
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印
⑭

受付日付印

◎ 記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んでください。
◎ 「※」欄は記入しないでください。