

仰 決 裁	常務理事	事務長	担当者

介護保険適用除外非該当届

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	記号一番号																				事業所名・所属	
	氏名																					

適用除外非該当となる被保険者・被扶養者の情報を下欄へ記入してください。

適用除外非該当者氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	適用除外非該当の理由	適用除外非該当日
			年 月 日	歳	1.帰国したため(住民票の登録) 2.施設を退所したため 3.在留資格が1年以上になったため	令和 年 月 日
			年 月 日	歳	1.帰国したため(住民票の登録) 2.施設を退所したため 3.在留資格が1年以上になったため	令和 年 月 日
			年 月 日	歳	1.帰国したため(住民票の登録) 2.施設を退所したため 3.在留資格が1年以上になったため	令和 年 月 日

【添付書類】

1.の理由の場合「転入日」記載の住民票 2.の理由の場合施設を退所した証明書 3.の理由の場合短期滞在の外国人は在留資格の延長が確認できる書類

【適用除外該当日欄に記入する日付】1.海外からの帰国者「転入日(=非該当日)」2.施設から退所した場合「退所日(=非該当日)」3.短期滞在の外国人40歳以上で入社した場合→「資格取得日(=非該当日)」40歳未満で入社した場合→「40歳誕生日の前日(=非該当日)」

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	【上記のとおり相違ないことを証明します。】
--------------------------------	-----------------------