

介護保険適用除外(該当・非該当)届

常務理事	事務長	担当

被保険者証の記号・番号	被保険者名	性別	生年月日
34		男・女	昭和・平成 年 月 日

介護保険適用除外(該当・非該当)者

氏名	性別	続柄	生年月日	住所 (施設入所者は施設の住所・施設名)	適用除外の理由 (該当するものに○)	該当・非該当の年月日
	男・女	本人	昭和・平成 年 月 日		1. 海外(出国・帰国) 2. 身体障害者療養施設(入所・出所) 3. その他()	令和 年 月 日
	男・女		昭和・平成 年 月 日		1. 海外(出国・帰国) 2. 身体障害者療養施設(入所・出所) 3. その他()	令和 年 月 日
	男・女		昭和・平成 年 月 日		1. 海外(出国・帰国) 2. 身体障害者療養施設(入所・出所) 3. その他()	令和 年 月 日
	男・女		昭和・平成 年 月 日		1. 海外(出国・帰国) 2. 身体障害者療養施設(入所・出所) 3. その他()	令和 年 月 日
	男・女		昭和・平成 年 月 日		1. 海外(出国・帰国) 2. 身体障害者療養施設(入所・出所) 3. その他()	令和 年 月 日

※ 被扶養者の方のみ適用除外に該当又は非該当となった場合は、2行目からご記入ください。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	
--------------------------	--