

# 介護保険適用除外等 該当・非該当 届

| 被保険者証 |    |
|-------|----|
| 記号    | 番号 |
|       |    |

|                  |        |   |  |   |   |
|------------------|--------|---|--|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者氏名 | 生年月日  | 適用除外等の理由☑  | どちらかに☑  | 該当・非該当の年月日(※)   |
|                  |        | <input type="checkbox"/> 昭和      年      月      日<br><input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 1. 国外居住者<br><input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設等入所者<br><input type="checkbox"/> 3. 在留資格3か月以下の外国人<br><input type="checkbox"/> 4. その他(                      ) | <input type="checkbox"/> 1. 該当<br><input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日<br><input type="checkbox"/> 令和 |
| 被保険者の住所          |        | 〒      —  |  |   |   |

対象となる被扶養者がいる場合は記入してください。

|                  |        |                                 |   |  |   |   |
|------------------|--------|---------------------------------|---|--|---|---|
| 被<br>扶<br>養<br>者 | 被扶養者氏名 | 続柄                              | 生年月日  | 適用除外等の理由☑  | どちらかに☑  | 該当・非該当の年月日(※)   |
|                  |        |                                 | <input type="checkbox"/> 昭和      年      月      日<br><input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 1. 国外居住者<br><input type="checkbox"/> 2. 身体障害者療護施設等入所者<br><input type="checkbox"/> 3. 在留資格3か月以下の外国人<br><input type="checkbox"/> 4. その他(                      ) | <input type="checkbox"/> 1. 該当<br><input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日<br><input type="checkbox"/> 令和 |
| 被扶養者の住所          |        | <input type="checkbox"/> 被保険者と同 | 〒      —  |  |   |   |

|         |  |         |          |
|---------|--|---------|----------|
| 入居施設の名称 |  | 入居施設所在地 | 〒      — |
|---------|--|---------|----------|

※状況により該当する年月日を入力してください

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 確認欄                        | この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである                            |
| <input type="checkbox"/>   | ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 |
| 令和      年      月      日 提出 |   |
| 事業所所在地                     |   |
| 事業所名称                      |   |
| 事業主氏名                      |   |

|             | 被保険者及び被扶養者の状況     | 添付書類                           | 該当・非該当の年月日 |
|-------------|-------------------|--------------------------------|------------|
| 該<br>当      | 国内に住所を有さないとき      | 住民票の除票(写), 住民異動届               | 転出日の翌日     |
|             | 海外にて40歳を迎えたとき     | 当人と誕生日がわかる書類                   | 誕生日の前日     |
|             | 身体障害者療護施設等に入所     | 施設入所証明書 など                     | 入所日        |
| 非<br>該<br>当 | 在留資格3か月以下の外国人     | 旅券その他在留資格を証する書類<br>及び 雇用契約書(写) | 日本入国の翌日    |
|             | 国内に住所を有するようになったとき | 住民票(写), 住民異動届<br>※転入日の記載があるもの  | 転入日        |
|             | 海外にて65歳を迎えたとき     | 当人と誕生日がわかる書類                   | 誕生日の前日     |
|             | 身体障害者療護施設等を退所     | 施設退所証明書 など                     | 退所日の翌日     |
|             | 在留資格3か月以下の外国人     | 日本を出国した証印のある旅券(写)              | 日本出国日      |

-----  
受付日印

(令和6年4月改訂)