

課長	課長補佐	課員

介護保険第2号被保険者適用除外 該当届
非該当

健康保険 被保険者証の記号		健康保険 被保険者証の番号		被保険者氏名		性別 男・女		生年 月日		昭和 年 月 日	
				被保険者 住所		〒				電話 ()	
該当・非該当者	氏名	生年 月日	性別	続柄	該当・非該当の別	該当・非該当年月日	適用除外の理由				
		昭 年 月 日	男・女		該当・非該当	令和 年 月 日	1 国外居住 () 2 身体障害者療護施設等入所 () 3 在留資格一年未満の外国人				
		昭 年 月 日	男・女		該当・非該当	令和 年 月 日	1 国外居住 () 2 身体障害者療護施設等入所 () 3 在留資格一年未満の外国人				
		昭 年 月 日	男・女		該当・非該当	令和 年 月 日	1 国外居住 () 2 身体障害者療護施設等入所 () 3 在留資格一年未満の外国人				
		昭 年 月 日	男・女		該当・非該当	令和 年 月 日	1 国外居住 () 2 身体障害者療護施設等入所 () 3 在留資格一年未満の外国人				

事業主が証明する欄	適用除外に該当（非該当）したことを証明します。 令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話 ()

- ★ 添付書類（適用除外 該当の場合）
 1. 国外居住者 ⇒ 住民票の除票または戸籍の附票
 2. 身体障害者療護施設等入所者 ⇒ 入所・入院証明書
 3. 在留資格一年未満外国人 ⇒ 外国人登録証明書（写）と雇用契約書（写）
・在学証明書等
- ★ 適用除外 非該当の場合は添付書類はいりません。

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--