

| | | |
|----|------|----|
| 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 | 〇〇 〇〇 | 性別 | 生年 月日 | 昭和 48 年 6 月 17 日 | |
| 1234 | 12 | 被保険者 住所 | 〒 111-2222 東京都〇〇区〇〇本町3-4-5 | 男・女 | | 電話 03 (3000) 〇〇〇〇 | |
| 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 |
| | 〇〇 〇〇 | 昭 48 年 6 月 17 日 | 男・女 | 本人 | 該当・非該当 | 令和 3 年 6 月 1 日 | ① 国外居住 (海外赴任のため) 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 3 年 6 月 10 日 |
| | 住所 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 |
| | 事業主 名称 〇〇〇〇 株式会社 |
| | 氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇 |
| | 電話 03 (1234) 5678 |

- ★ 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 在留資格一年未満の外国人 → 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。
注) 適用除外の理由」欄中の () 内に理由をご記入ください

| | |
|------------|--|
| 社会保険労務士記載欄 | |
|------------|--|