

介護保険適用除外 該当 届  
不該当

記号	番号	被保険者 氏名	性別	生年月日	備考
000	0000	健保 太郎	男	〇〇年4月1日	
住所		10 ABC Street, London, W1S 4QB, England			

記号	番号	被扶養者 氏名	性別	生年月日	続柄
000	0000	健保 愛子	女	〇〇年5月1日	妻
住所		同上			

適用除外の事由	該当・不該当の年月日
<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">① 国外居住者</span>	1 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">該当</span> 2 不該当 平成〇〇年〇〇月〇〇日
② 身体障害療養施設入居者	
③ 在留期間3ヵ月以下の外国人	

帰国日	〇〇年〇〇月〇〇日
現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1
TEL	000-000-0000

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町1

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

事業主 〇〇 〇〇

