（R6.12）

常務理事	事務長	担当者

介護保険適用除外等 該当／非該当 届

◎ 記入の方法および添付書類は、2枚目をご覧ください。

① 被保険者等の記号番号
―

㋐ 被保険者の氏名		㋑ 性別	② 生年月日
(氏)	(名)	男 1 女 2	昭和 平成 年 月 日

㋒ 被扶養者の氏名		㋓ 性別	㋔ 続柄	㋕ 生年月日
(氏)	(名)	男 1 女 2		昭和 平成 令和 年 月 日

㋖ 被保険者の住所	〒	㋗ 被扶養者の住所	〒 －	㋘ 備考	

③ 適用除外の理由	④ 該当／非該当 の別	⑤ 該当／非該当 の年月日	⑥※ 被扶養者番号	⑦※ 作成原因
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3カ月の外国人 3	該当 1 非該当 2	令和 年 月 日		

㋙ 入居施設の名称	
㋚ 入居施設の所在地 電話番号	〒 － ( )

事業所所在地	〒 830 － 8543 福岡県久留米市津福本町４２２
事業所名称	社会医療法人雪の聖母会　聖マリア病院
事業主氏名	理事長　井手　義雄
電話番号	(0942) 35-3322

令和 年 月 日 提出

受付日付印

【記入の方法】

1. ㋑および㋓の性別は、該当する数字を〇で囲んでください。
2. ②および㋕の生年月日は、たとえば昭和49年10月19日生まれの場合

昭和 平成	49年 10月 19日

のように記入してください。

3. ㋖は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」など詳しく記入してください。
4. ③の適用除外等の事由は、該当する数字を〇で囲んでください。
5. ④の該当・非該当の別は、該当する数字を〇で囲んでください。
6. ⑤の該当・非該当の年月日は、たとえば、令和6年11月1日の場合は

令 和 6 年 11 月　1 日

のように記入してください。

7. 転勤により国内から国外へまたは国外から国内へ転居した場合には、㋗にその旨を明記してください。
8. ⑥および⑦は記入しないでください。
9. ㋘および㋙は、③で2に〇をされた方のみ記入してください。

【この届に添付して提出するもの】

1. ③の適用除外等の事由で、1に〇をされた方は、「住民票の除票」。
2. ③の適用除外等の事由で、2に〇をされた方は、「入所・入院の証明書」。
3. ③の適用除外等の事由で、3に〇をされた方は、「外国人登録証明書（写し）」および雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。