介護保険（第2号被保険者）適用除外　　該当・非該当届

決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

／

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号	被保険者の番号	被保険者の氏名（押印不要。下記確認欄☑必須）		生年月日	性別	資格取得年月日
※	（左詰め）	（氏）	（名）	昭和 平成 令和　年　月　日	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日

被保険者の住所	電話番号	勤務先名称
〒　　－		

届出の該当者のみご記入ください。※被扶養者のみの場合、2行目からご記入ください。

対象者の氏名（生年月日）		続柄	満年齢	該当・非該当年月日	適用除外の事由及び該当・非該当に☑してください。その他の場合は理由を備考欄にご記入ください。	
（氏）	（名）	本人		令和　年　月　日	☐ 1.国外居住者 ☐ 2.身体障害者療護施設入居者 ☐ 3.在留期間3か月以下の外国人	☐ 1 ： 該当 ☐ 2 ： 非該当
（　年　月　日生まれ）						
（氏）	（名）			令和　年　月　日	☐ 1.国外居住者 ☐ 2.身体障害者療護施設入居者 ☐ 3.在留期間3か月以下の外国人	☐ 1 ： 該当 ☐ 2 ： 非該当
（　年　月　日生まれ）						

帰国日	
現住所	
TEL	

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
☐	

備考欄	受付印

事業主証明欄

上記の通り、相違ないことを証明します。

（〒　　－　　）　令和　　年　　月　　日提出

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	TEL　　（　　）

社会保険労務士の提出代行者名