

該 当
介護保険適用除外等 非該当届

①被保険者等の記号	②被保険者等の番号	部・課	所属長印	常務理事口	事務長	担当者
10	1234	人事部 人事サービスグループ				

⑦ 被保険者の氏名	①性別	③生年月日	⑦ 被扶養者の氏名	⑧性別	⑨続柄	⑩生年月日
(氏) 東邦	男 1	昭5 年 月 日	(氏) 東邦	女 2	妻	昭5 年 月 日
(名) 太郎	平7	令9	(名) 花子			平7 年 月 日
(印)	女 2	○				令9 年 月 日
		○				平7 年 月 日
		○				令9 年 月 日

⑤被保険者の住所	⑦被扶養者の住所	⑦ 備 考
〒 10AB Lane, Wangfujing, Beijing1006, P. R. C	〒 同左	

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の別 非該当	⑥ 該 当 の年月日 非該当	⑦※ 被扶養者番号	② 入居施設の名称
国外居住者 1	該 当 1	令和 年 月 日		③ 入居施設の所在地
身体障害者療養施設入居者 2	非該当 2	○		〒 ー
在留資格3か月以下の外国人3		○		電 話 (局) 番

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	(局) 番

令和 ○年 ○月 ○日 提出

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
 ◎「※」欄は記入しないでください。