

正

届書コード	処理区分	届書
2 2 6		

介護保険適用除外等該当届

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

① 事業所整理記号	② 被保険者 整理番号
※	

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名		① 性 別	③ 生 年 月 日		
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7	年	月 日

⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑤ 性 別	⑥ 続 柄	③ 生 年 月 日		
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2		昭 5 平 7	年	月 日

④ 被保険者の住所	〒	—	⑦ 被扶養者の住所	〒	—	⑧ 備 考	
--------------	---	---	--------------	---	---	----------	--

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 非該当	⑥ 該 当 非該当 の年月日	⑦※ 被扶養 者番号	⑧※ 作成 原因	送 信
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人 3	該 当 1 非該当 2	平成 年 月 日			

⑨ 入居施設の名称	
⑩ 入居施設の所在地	〒 —
電 話	() 局 番

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	⑨
電 話	() 局 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	⑨
----------------	---

◎記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んでください。
◎「※」欄は記入しないでください。

◎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す。
◎ただし、転勤により国内から国外または国外から国内で転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

副

介護保険適用除外等^{該当}_{非該当}確認通知書

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号	
※			
⑦ 被保険者の氏名		① 性別	③ 生年月日
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7
⑧			
⑦ 被扶養者の氏名		① 性別	③ 続柄
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	昭 5 平 7

⑤ 被保険者の住所	〒 —	⑥ 被扶養者の住所	〒 —	⑦ 備考	
-----------	-----	-----------	-----	------	--

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	⑧※ 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か月以下の外国人 3	該当 1 非該当 2	平成 年 月 日		

⑨ 入居施設の名称	
⑩ 入居施設の所在地	〒 —
電 話	(局) 番

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	様
電 話	(局) 番

上記のとおり介護保険適用除外等該当届又は非該当届の確認を
しましたので通知します。

平成 年 月 日

日本年金機構理事長



