

事業所記号		

介 護 保 険 適 用 除 外 該 当  
非 該 当 届

	常務理事	マネージャー	リーダー	担当者
決裁				

正

被保険者	番号									氏名		⑨	性別	男・女	生年月日	昭和		年		月		日生	平成	
------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	---	----	-----	------	----	--	---	--	---	--	----	----	--

対象者	氏 名	性別	生年月日				続柄	住 所 (海外居住地の場合は「海外」と記載)							
			昭	年	月	日		〒	-			-			
									Tel	-		-			
男	昭	年	月	日	〒	-									
女	平	年	月	日	Tel	-		-							
男	昭	年	月	日	〒	-									
女	平	年	月	日	Tel	-		-							

適用除外等の理由	該 当 非該当	該 当 非該当	年 月 日				入所施設の名称	
1. 国外居住者	1. 該 当	令	年	月	日	入所施設の所在地		
2. 施設入居者	2. 非該当	和	年	月	日	電 話 番 号		
3. 在留資格3か月以下の外国人								

[添付書類]  
・海外居住となった場合・・・住民票の除票  
・海外から帰国した場合・・・転入日記載の住民票  
・施設入所者・・・施設入所(退所)証明書  
・短期滞在の外国人・・・在留資格が確認できる書類

[適用除外該当/非該当日]  
・海外居住となった場合・・・住民票の転出日の翌日が該当日  
・施設入所者・・・入所日の翌日が該当日  
・短期滞在の外国人・・・資格取得日が非該当日  
・40歳になった場合・・・40歳の誕生日の前日が該当日

・海外帰国者・・・転入日が非該当日  
・施設入所者・・・退所日が非該当日  
※65歳になった場合は届出不要

令和 年 月 日提出

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

