

事業所記号		

介護保険適用除外 該当 届 非該当

副	被保険者等	番号							氏名		⑩	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生

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)			
			男	昭	年	月	日		〒 - -		
			女	平					TEL - -		
			男	昭	年	月	日		〒 - -		
		女	平					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 2. 施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人	1. 該 当 2. 非該当	令和	年	月	日	入所施設の所在地	
						電 話 番 号	

〔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

確 認 日 付 印