

# 介護保険適用除外等<sup>該当</sup><sub>非該当</sub>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		⑧ 性 別	⑨ 生 年 月 日
(氏)	(名)	男 1 女 2	明1 大3 昭5 平7 年 月 日
⑩ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑪ 性 別	⑫ 生 年 月 日
(氏)	(名)	男 1 女 2	昭5 平7 年 月 日

⑬ 被保険者の住所	〒 —	⑭ 被扶養者の住所	〒 —	⑮ 備 考	
--------------	-----	--------------	-----	----------	--

⑯ 適用除外等の理由	⑰ 該 当 非該当	⑱ 該 当 非該当	⑲※ 被扶養 者番号	⑳※ 作成 原因
国外居住者 1 身体障害者福祉施設入居者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当 1 非該当 2	平成 年 月 日		

㉑ 入居施設の名称	
㉒ 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

社 会 保 険 事 務 所 長

