

様式番号	
適	20

介護保険適用除外(該当・非該当)届

部長	次長	課長	課長代理	扱	合議	確認欄

事業所 記号	被保険者 番号	証明欄		この届け出は、下記①又は②の要件を満たしていることを証明します。			
		<input type="checkbox"/>		① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 ※証明欄にチェックがある場合、被保険者の捺印を省略することができます。			
被保険者氏名	性別	生年月日		被扶養者氏名	続柄	性別	生年月日
(氏) (名)	男 女	年	月	(氏) (名)		男 女	年
		昭和 平成	日				昭和 平成 令和

被保険者住所	〒 -	被扶養者住所	〒 -	備考	
--------	-----	--------	-----	----	--

該当 非該当	適用除外の事由	該当 非該当	となった年月日	適用除外施設等に入居の場合 入居施設の名称	
該 当	1. 国外移住者		年	入居施設の所在地	〒 - 電話 - -
非 該 当	2. 適用除外施設等入居者 3. 在留資格一年未満外国	平成 令和	月		
			日		

注) この届け出は、40歳以上65歳未満の方で、海外居住・適用除外施設入所などの理由により適用除外になった方、また適用除外だった方が、帰国などにより日本に住所を有した場合・適用除外施設から退所し、適用除外でなくなった場合に必要となります。

※ 添付書類(適用除外の事由)
 1の場合. 住民票の除票
 2の場合. 入院・入所証明
 3の場合. 外国人登録証明書・雇用契約期間を証する書類

令和 年 月 日

事業所の名称
及び所在地

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

事業主名