介護保険適用除外／特定被保険者 □ 該当 □ 不該当 届

記号・番号	異動対象者	
		□ 被保のみ該当 □ 被保・被扶該当 □ 被扶のみ該当

常務理事	事務局

被保険者氏名・フリガナ	性別	生年月日
	□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成 年 月 日

被扶養者氏名・フリガナ	性別	続柄	生年月日
	□ 男 □ 女		□ 昭和 □ 平成 年 月 日

被保険者住所	〒 ―	被扶養者住所	〒 ―	備考

異動の理由	該当・不該当	該当・不該当年月日
□ 国外居住者 □ 身体障害者療養施設入居者 □ 在留資格１年未満の外国人	□ 該当 □ 不該当	□ 令和 年 月 日

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒 ―
電 話	― ―

注） 不該当の場合、年月日は該当機関の最終日を記入してください。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 ―
事業所名称	
事業所代表者氏名	TEL ― ―

社会保険労務士の提出代行者名

受付印