

介護保険適用除外／特定被保険者

☒ 該当
☐ 不該当

届

☐の箇所は、該当部分に☒を付けてください

記号・番号		異動対象者	<input type="checkbox"/> 被保のみ該当		
1234	1234567		<input checked="" type="checkbox"/> 被保・被扶該当		
			<input type="checkbox"/> 被扶のみ該当		
被保険者氏名・フリガナ		性別	生年月日		
テイジン タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
帝人 太郎			年	月	日
			47	10	19

常務理事	事務局

被扶養者氏名・フリガナ		性別	続柄	生年月日		
テイジン フク		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
帝人 ふく				年	月	日
				50	7	4

被保険者住所	〒 123 - 4567	被扶養者住所	〒 123 - 4567	備考
	〇〇県〇〇市〇〇〇〇丁目〇番地			

異動の理由	該当・不該当	該当・不該当年月日		
<input checked="" type="checkbox"/> 国外居住者	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input checked="" type="checkbox"/> 令和		
<input type="checkbox"/> 身体障害者療養施設入居者		年	月	日
<input type="checkbox"/> 在留資格1年未満の外国人		5	5	1

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	〒 791 - 8033
	〇〇県〇〇市〇〇〇〇丁目〇番地
事業所名称	〇〇株式会社
事業所代表者氏名	代表取締役 〇〇 〇〇〇
	TEL 089 - 123 - 4567

社会保険労務士の提出代行者名

受付印