

被保険者等記号番号	
記 号	番 号

常務理事	事務長	係	担当

国 内 非 居 住
介護保険適用除外 特 定 施 設 入 所 解除届
在留資格3か月以下の外国人

① 被 保 険 者 の 氏 名				生 年 月 日			
(氏)		(名)		昭和 平成 令和	年	月	日
② 被 扶 養 者 の 氏 名			続 柄	生 年 月 日			
(氏)		(名)		昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者 の 住 所		被扶養者 の 住 所		備 考			
③ 適 用 除 外 の 事 由		該 当 年 月 日		入所施設の名称			
1. 国内非居住の解消 2. 特定施設入所の解消 3. 外国人の在留資格3か月超過		令和 年 月 日		入所施設の所在地			

提出日： 令和 年 月 日

事業所所在地	〒 () 番
事業所名称	
代表者氏名	
電話番号	

事業所担当者印

※ 太線枠内の該当箇所は全て記入願います。

受付日付印