

共済組合記載欄	決裁欄	課長	係長	係員	決裁日 平成 年 月 日

## 介護保険適用除外該当（非該当）届

組合員記載欄	組合員証	記号	番号	フリガナ		
				組合員氏名		
	所属名称			組合員の生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	介護保険適用除外に 該当/非該当の別 <input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該 当					
	該当・非該当の内容	対象者	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 被扶養者		生年月日	
			フリガナ		昭和・平成 年 月 日	
		氏名				
	適用除外の事由		<input type="checkbox"/> ア 国内に住所を有しない者			
			<input type="checkbox"/> イ 在留資格または在留見込期間1年未満の短期の外国人			
			<input type="checkbox"/> ウ 身体障害者療護施設等適用除外施設の入所・入院者			
該当・非該当となった年月日		平成 年 月 日				
横浜市職員共済組合理事長 様  平成 年 月 日  住所  組合員 氏名 _____ ④ _____  連絡先（電話番号）						
所属記載欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
	平成 年 月 日	所属所長		職名	氏名 _____ ④	
所属決裁欄	所属長	課長	係長	係員		

【注】 この届には、適用除外等の事由を証明する以下に掲げる書類等を添付してください。

アの場合： 住民票の除票（国外への住所変更の記載のあるもの）

イの場合： 外国人登録済証明書、雇用契約期間を証明する書類

ウの場合： 入所・入院を証明する書類

（平成29年1月版）