

## 介護保険適用除外等 該当 非該当 届

該当または非該当となる者			
該当・非該当の別 (○で囲んでください)	該 当	非 該 当	
組合員証(被扶養者証)の記号・番号	記号	番 号	
氏 名			
組合員との続柄	性 別	男 ・ 女	
生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月 日
適用除外の事由	ア 国内に住所を有さないため イ 在留資格又は在留見込期間が1年未満の外国人 ウ 身体障害者療養施設等適用除外施設の入所・入院のため		
該当・非該当年月日	令 和	年	月 日
上記のとおり届出ます。 神戸市職員共済組合理事長 あて 令和 年 月 日 所属または住所 _____ 組合員氏名 _____ (印) 連絡先(電話番号) _____			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 _____ 所属所長 氏 名 _____ (印)			

※添付書類

- アの場合:住民票、住民票の除票(国外への住所変更の記載があるもの)
- イの場合:在留期間を証明する書類及び、雇用契約期間を証明する書類
- ウの場合:適用除外施設等の入退所・入退院を証明する書類