

介護保険適用除外等  
該 該 当 届  
非 該 当

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(被扶養者)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 年 月 日 令和		
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 _____ 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 _____			

## ※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