

介護保険適用除外等 該 当 届
非 該 当

該当・非該当の別(○で囲んでください。)		該 当	非 該 当
該 当 又 は 非 該 当 の 内 容	組合員証(被扶養者証)の記号・番号	(記号) —	(番号)
	氏 名		
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日
	該 当 又 は 非 該 当 の 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日
	適用除外等の事由(該当するものを○で囲んでください。) ア 国内に住所を有しない者 イ 在留資格または在留見込期間1年未満の短期滞在の外国人 ウ 身体障害者療護施設など、適用除外施設の入所・入院者		
上記のとおり届け出ます。 大阪市職員共済組合理事長 あて 令 和 年 月 日 所属機関名 _____ 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 所属機関の長 職名 _____ 又は所属所長 氏名 _____ ㊞			

〔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。

アのとき 住民票の除票(国外への住所変更の記載のあるもの)

イのとき 外国人登録済証明書、雇用契約期間を証明する書類

ウのとき 入所・入院を証明する書類

受 付 印