

介護保険適用除外（該当・非該当）届出書

年 月 日

阿南町長 殿

申請人 住 所 _____
(世帯主)

氏 名 _____

電 話 _____

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定により、次のとおり届出します。

被保険者 記号・番号			
対 象 者	住 所		
	フリガナ		生年月日
	氏 名		
適用除外理由			
該 当	1 介護適用除外施設に入所したため (施設の種類) (施設名)		年 月 日
	2 介護適用除外施設に入所中に40歳に到達したため (施設の種類) (施設名)		年 月 日
非 該 当	1 介護適用除外施設から退所したため (施設の種類) (施設名)		年 月 日