介護保険被保険者適用除外施設入所等の開始・終了届

令和　　年　　月　　日

　国見町長　様

申請人（世帯主）住　所

　　　　　　　　氏　名

（届出人）住　所

　　　　　氏　名

続　柄

連絡先

国民健康保険法施行規則第５条の４第１項の規定により、次のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該　　当被保険者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳）　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 該　　当入所施設 | 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 入所・退所該 当 日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　 |
| 被保険者証記号番号 | 記号：島１４　番号：　　　　　　　　　（枝番） |

※入所・退所の年月日が確認できる書類の写しを添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処理欄 | 適用開始年月日 | 　年　　　　月　　　　日　　 |
| 適用終了年月日 | 年　　　　月　　　　日　　 |
| 適　用　区　分 | 生活介護　・　施設入所支援　・　その他特別理由 |
|  |