

介護保険適用除外施設 入所届出書

木更津市長 様

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定により、下記のとおり届出します。

届 出 年 月 日		年 月 日											
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		記号	0 6		番号								
届 出 人	世帯主との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯 ☐ 別世帯(世帯主との関係：)											
	住 所												
	フ リ ガ ナ												
	氏 名	印 (本人署名の場合、押印不要)											
	電 話 番 号	— —											
世 帯 主 ※届出人本人が 世帯主の場合 は、個人番号 のみ記入	個 人 番 号 ※ (マイナンバー)												
	住 所												
	フ リ ガ ナ												
	氏 名												
	電 話 番 号	— —											
該当被保険者 (入 所 者) ☐ 世帯主本人 ※世帯主が入所 者の場合は、 生年月日のみ 記入	個 人 番 号 (マイナンバー)												
	住 所												
	フ リ ガ ナ												
	氏 名												
	生 年 月 日 ※	年 月 日											
入 所 年 月 日		年 月 日											
介護保険法施行法第11条第1項の 規定の適用を受けるに至った日		年 月 日											
入 所 施 設	所 在 地	〒 —											
	名 称												
	電 話 番 号	— —											

※注意事項

- ・届出の義務は世帯主にありますが、世帯主が届出できない場合は代理人が届出できます。
- ・同一世帯の人以外が代理人となる場合は、委任状が必要です。
- ・届出には、当該施設の押印がある「施設入所・退所証明書」を添付してください。
- ・世帯内に該当被保険者が2人以上いる場合は、届出書を1人につき1枚ずつ提出してください。