**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 | | ０６ | | | 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。