介護保険　適用除外　該当（非該当）　届

令和　　年　　月　　日

宝達志水町長　様

申請者（国民健康保険被保険者の場合は世帯主）

氏　　名

住　　所

電話番号

本人との続柄

施設

名　　称

所 在 地

電話番号

担当者名

次の者が、介護保険適用除外に（　該当　・　非該当　）になりましたので、届出します。

被保険者	国民健康保険記号番号 又は介護保険被保険者番号(※1)	
	個人番号	
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	性　　別	男　・　女
	入所前住所 又は退所後住所(※2)	
異動事由		□ 入所　□ 入所中の適用　□ 退所 □ その他（　　）
異動（予定）年月日		年　　月　　日

2021.7.1

※1　40歳～64歳の方は国民健康保険の記号番号を、65歳以上の方は介護保険の被保険者番号を記入してください。

※2　死亡退所の場合は記入不要です。