

介護保険 適用除外該当施設 入所・退所届

年 月 日

上三川町長 様

国民健康保険法施行規則第5条の4に基づき、以下のとおり届け出ます。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒	—	電話番号

被保険者番号			
ふりがな		性別	男・女
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
入所前住所 または 退所後住所	〒	—	電話番号

※死亡による退所の場合、退所後住所の記載は不要。

異動事由	入所・退所	異動（予定）日	年 月 日
------	-------	---------	-------

【入所の場合に記入】

施設名称		適用除外 施設区分（※）	
施設住所	〒	—	電話番号

（※）適用除外施設に該当するかの確認については、入所施設へお問い合わせください。

【退所の場合に記入】

退所事由	1.適用除外施設以外の施設へ入所（施設等の名称： ) 2.死亡 3.その他 ( )
------	--

【添付書類】

施設が発行した、施設へ入所（入院）・退所（退院）したことを証明する書類