

介護保険第2号被保険者適用除外異動届
(入所(院) ・ 退所(院))

令和 年 月 日

福井市長 様

住 所

世帯主氏名

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定により、下記のとおり届け出ます。

介護保険法施行法第11条の適用を 1. 受けるに至った年月日(入所年月日) 2. 受けなくなった年月日(退所年月日)	令和 年 月 日
--	----------

フリガナ		生年月日	性別
氏名		明・大・昭・平 年 月 日	男・女
現住所	〒		
被保険者 記号・番号	井 福 — —		
個人番号			
退所後住所	〒 (死亡退所の場合は記載不要)		
退所理由	1 転出 2 他の施設入所 3 死亡 4 その他()		

※本人と同一世帯以外の方が届出される場合は記入してください。(自署以外の場合は押印をお願いします)

届出人	TEL ()
届出人住所	
本人との関係	

※入所または退所された介護保険適用除外施設の名称・所在地を記入してください。

施設	名称	
	所在地	〒
	電話番号	

(注) 対象は介護保険第2号被保険者(40歳以上64歳までの被保険者です)