

介護保険適用除外 該当・非該当 届

(あて先) 茨木市長

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定に基づき、下記のとおり、届出します。

※太枠内をご記入ください。

		届出日	令和	年	月	日
被 保 険 者	被保険者 記号・番号	茨国				
	フリガナ					
	対象者氏名					
	生年月日	昭和 年 月 日				
	個人番号 (マイナンバー)					
	住所	—				
適 用 除 外 施 設	名称					
	所在地	—				
	電話番号					
	入所・退所年月日	昭・平・令 年 月 日				

【注意事項】

- この届を提出する際は、施設の入所証明書または退所証明書を添付してください。

(世帯主) 住所 _____

氏名 _____

※自署の場合押印不要

電話番号 _____