

介護保険適用除外施設入所（院）による介護保険第2号非該当届出書

【国民健康保険被保険者用】

届出人 氏 名 _____ (※)
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住 所 _____

電話番号 _____
(日中連絡先)

国民健康保険法施行規則第5条の4第1項により以下のとおり届出します。

入所（院）者	国民健康保険番号 (左詰めで記入)	記号		番号	
	フリガナ				
	氏名 ※届出人本人であれば記入不要				
	生年月日	昭和 年 月 日			
	住 所	☐ 届出人本人または同居（記入不要） ☐ 届出人と別居（以下に記入）			
		建物（施設）名・部屋番号等			
入所（院）施設	世帯主氏名 ※入所者本人であれば記入不要				
	住 所	☐ 入所(院)者住所と同じ(記入不要) ☐ 入所(院)住所と別(以下に記入)			
	フリガナ				
	施設名				
	電話番号	— —			
入所年月日	年 月 日				
備考					

※入所（院）したことが分かる書類を添付して下さい。

受付	入所確認	入力