

介護保険適用除外施設 入所・退所等 届出書

令和 年 月 日

霧島市長 様

次のとおり届出ます。

霧島市 保険証番号	霧国												
フリガナ							生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					
届出者氏名							性別	男・女					
個人番号													
入退所年月日	入所・退所						年	月	日				
入所前住所	〒 -												
退所後住所	(死亡退所の場合は記載不要) 〒 -												
退所理由	1. 他の施設への入所(施設等の名称:) 2. 死亡 3. その他()												
その他異動事由	1. 40歳年齢到達(介護保険第2号被保険者) 2. その他()												

上記の者が当施設に ^{入所した} 入所中である ^{退所した} ことを証明します。

〒 -

所在地

施設名称
及び代表者

印

電話番号

担当者

霧島市処理欄		
受付	区分	電算入力
国保	該当・非該当	

記入例

介護保険適用除外施設 入所・退所等 届出書

市役所に提出する日

令和 年 月 日

霧島市長 様

次のとおり届出ます。

40歳以上65歳未満の国民健康保険被保険者の方
(介護保険第2号被保険者)
霧国 ○○○○○○○○

霧島市 保険証番号	霧国		
フリガナ	入所者の氏名、印鑑		生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
届出者氏名	印		性別 男・女
個人番号	入所者の個人番号(マイナンバー)		
入退所年月日	入所・退所 年 月 日		
入所前住所	〒 -		
退所後住所	(死亡退所の場合は記載不要) 〒 -		
退所理由	1. 他の施設への入所(施設等の名称:) 2. 死亡 3. その他()		
その他異動事由	1. 40歳年齢到達(介護保険第2号被保険者) 2. その他 () 該当しない部分は、二重線で消してください。(訂正印不要)		

上記の者が当施設に ~~入所した~~ ~~入所中である~~ ~~退所した~~ ことを証明します

所在地、施設名、代表者はゴム印可
※必ず代表者印を押してください。

〒 -
所在地

施設名称
及び代表者

印

電話番号

担当者

霧島市処理欄		
受付	区分	電算入力
国保	該当・非該当	