

介護保険適用除外（ 該当 ・ 非該当 ） 届

年 月 日

伊方町長 宛

（国民健康保険 担当） 世帯主 氏名
住所

電話番号

（窓口に来た方）
（被保険者との関係）
（電話番号）

標題の件について、下記のとおり届出します。

被保険者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
	被保険者番号	
	個人番号	
施設	名称	
	所在地	
	電話番号	
（ 入所 ・ 退所 ） 年月日		年 月 日
（該当・非該当） 事由	入所 ・ 40歳到達 ・ 退所 ・ 死亡（死亡日： ） 他（ ）	

※入所日または退所日の確認できる資料を添付してください。

【以下、町職員記入欄】

国保資格異動日	年 月 日
適用除外（該当・非該当） 年月日	年 月 日

受付	入力