

介護保険 適用除外者届出書

安来市長 様

に入所

次の通り適用除外施設 しましたので届け出ます。

を退所

届 出 人	氏 名		届出年月日	年 月 日
			被 保 険 者 と の 関 係	
住 所	〒			
電話番号				

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	入所前住所 または 退所後住所 ※	〒		

※ 入所する方は入所前住所を、退所する方は退所後住所をご記入ください。
また、死亡による退所の場合は記載不要です。

世 帯 主	氏 名	<input type="checkbox"/> 被保険者本人	被保険者 との 続柄		個 人 番 号	
					生 年 月 日	年 月 日

※世帯主が被保険者本人の場合はチェック欄のみ記入し、その他の欄は記載不要です。

入 所 施 設	名 称	
	住 所	〒
	施設入退所日	入 所 ・ 退 所

退 所 の 場 合	退所理由 (該当するものに○)	1 他施設等への入所 (施設等の名称: _____)
		2 死亡 3 その他 (_____)

保険者欄

資格取得・喪失日	取得日・喪失日	年 月 日
処理日		