

国民健康保険に係る障害者支援施設等の 入所 ・ 退所 届出書

年 月 日

安来市長 様

国民健康保険法施行規則第5条の4に基づき、施設を 入所 ・ 退所 したので届け出ます。

※「入所」又は「退所」に○をしてください

| | | |
|-----|-----|-------|
| 届出者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | (関係) |

※届出者が世帯主または世帯主と同一世帯員以外の場合は、委任状（裏面）も必要です。

| | | |
|-------|---------|-------------|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 6 - |
| | 被保険者氏名 | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 (満 歳) |
| | 住 所 | |
| 入退所施設 | 施 設 名 称 | |
| | 所 在 地 | 電話番号 - - |
| | 入 退 所 日 | 年 月 日 |
| | 備 考 | |

【添付書類】 入所の場合：施設に入所していることが分かる書類（契約書等）

【国民健康保険担当課処理欄】

| | |
|----------|--------------------------|
| 被保険者証 | 市内住所用 ・ マルト ・ マル遠 |
| 入退所の確認 | 有 ・ 無 → 福祉課 ・ 施設 ・ 他 () |
| 国保標準システム | 保険税賦課／介護2号適用除外設定 登録 ・ 終了 |

