

年 月 日

六ヶ所村長 様

## 介護保険第2号被保険者適用除外届出書

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定により、下記のとおり届出ます。

住 所

世帯主名

個人番号

対 象 者 (世帯主記入欄)	被保険者記号番号	六ヶ所 ー
	被 保 険 者 氏 名	
	( 生 年 月 日 )	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
	個 人 番 号	
施 設 証 明 欄	施設入退所日	入所 ・ 退所 昭和 平成 令和 年 月 日
	適用除外 指定・未指定日(注1)	指定 ・ 未指定 平成 令和 年 月 日
	上記のとおり相違ありません 住 所 名 称 連絡先	

(注1) 新規で指定障害福祉サービス事業者または指定障害者支援施設に認定された場合は、指定書の写しを添付ください。

印