

介護保険適用除外 該当・非該当届

(あて先) 茨木市長

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定に基づき、下記のとおり、届出します。

※太枠内をご記入ください。		届出日	令和	年	月	日	
被保険者	被保険者 記号・番号	茨国					
	フリガナ						
	対象者氏名						
	生年月日	昭和 年 月 日					
	個人番号 (マイナンバー)						
適用除外施設	住所	—					
	名称						
	所在地	—					
	電話番号						
入所・退所年月日	昭・平・令 年 月 日						

【注意事項】

- この届を提出する際は、施設の入所証明書または退所証明書を添付してください。

(世帯主) 住所 _____

氏名 _____



※自署の場合押印不要

電話番号 _____