

介護保険第2号被保険者適用除外施設 入所 ・ 退所 に関する届出書

南 城 市 長 様

届出年月日

令和

年

月

日

*太枠のみご記入ください。

世帯主	住所	南城市		被保険者証 記号番号	南城国
	氏名	印	電話番号	(窓口に来た人)	(続柄)

適用除外に係る被保険者	住所	□世帯主と同じ			適用除外施設に入所退所した年月日 昭和・平成・令和 年 月 日						
	氏名	□世帯主と同じ	男・女	昭和 年 月 日		区分	☐ 一般 ☐ 退職本人 ☐ 退職扶養				
	施設名		施設の所在地	電話 () ー							
処理欄	施設の種類	1 指定障がい者支援施設（身体） 4 児童福祉法の厚生労働大臣が指定する医療機関 7 生活保護法に規定する救護施設 10 指定障がい者支援施設（知的・精神） 2 障がい者支援施設（身体） 5 のぞみ園が設置する施設 8 労働者災害補償法に規定する施設 11 障がい者総合支援法施行規則に規定する施設 3 医療型障がい児入所施設 6 ハンセン病療養所 9 障がい者支援施設（知的） ☐ 入・退所証明あり									
	事由	☐ 適用 ☐ 解除	入所	退所	入所中国保加入	入所中当該施設に指定	その他 () 適用解除年月日	令和 年 月 日	確認欄	審査	入力