

介護保険適用除外（ 該当 ・ 非該当 ）届

壱岐市長 様

次のとおり届け出ます。

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名		被保険者との関係	
届出人住所	〒  電話番号：		

\*届出人が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ														生年月日	年 月 日				
	氏 名														性 別	男 ・ 女				
施 設	住 所	〒  電話番号：																		
	名 称																			
(入所・退所)年月日		年 月 日																		
(該当・非該当)事由		<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 65歳到達 <input type="checkbox"/> その他（      ）																		

※届出の際に、入所日または退所日の確認できる資料を添付してください。

【保険者記入欄】

受付欄	区 分	台帳入力日	備 考
	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当		