

介護保険被保険者適用除外施設入所届

国民健康保険 被保険者番号	記号		番号	
施設入所者	氏名			続柄
	生年月日	年	月	日
入所施設	住所			
	名称			
	電話番号			
入所年月日	年 月 日			

施設からの 意見欄	上記のとおり、当施設に入所していることに相違ありません。
	年 月 日
	施設の住所 _____ 名 称 _____ 印 _____

平戸市長

様

上記のとおり、介護保険適用除外施設に入所していますので、届け出ます。

年 月 日

世帯主の住所 _____

氏 名 _____

介護保険被保険者適用除外施設退所届

国民健康保険 被保険者番号	記号		番号	
施設退所者	氏名			続柄
	生年月日	年	月	日
施設名称	住所			
	名称			
	電話番号			
退所年月日	年 月 日			

施設からの 意見欄	上記のとおり、当施設を退所していることに相違ありません。
	年 月 日
	施設の住所 _____ 名 称 _____ 印 _____

平戸市長

様

上記のとおり、介護保険適用除外施設を退所しましたので、届け出ます。

年 月 日

世帯主の住所 _____

氏 名 _____