

介護保険 適用除外者届出書

（宛先）新居浜市長

次のとおり届出します。		届出年月日	年 月 日
世帯主氏名		個人番号	
世帯主住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	被 保 険 者 氏 名		被保険者番号	
			個人番号	
住所	〒 電話番号			
入 退 所 施 設	名称			
	施設の種類			
	所在地	〒 電話番号		
	施設入退所日	入所・退所	年 月 日	
	適用除外該当・非該当日	該当・非該当	年 月 日	※市役所記入箇所

以下は、世帯主本人による記入が困難であり、代筆を行った場合に記載してください。

代 筆 者	代筆者氏名		被保険者との関係	
	代筆者住所 （施設職員の場合は施設の住所）	〒 電話番号		
	代筆が必要な理由			

（確認書類）

- 被保険者の国民健康保険資格確認書 来庁者（郵送の場合は代筆者）の本人確認書類
 世帯主と被保険者のマイナンバー確認書類 委任状（別世帯の人が申請する場合）

※郵送の場合はコピーを添付してください。委任状については原本が必要になります。