

記載例

岡崎市国民健康保険に関する介護保険適用除外該当（非該当）届

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 岡崎市 長

(世帯主) 住所 岡崎市○○町▽丁目◇番地
障害者支援施設◎◎

氏名 国保 藤子

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
(電話0564- XX- XXXX)

世帯主が届出人と同じ場合はチェックしてください□

(届出人) 住所 岡崎市◎◇町×丁目△番地

氏名 国保 玲衣 続柄 母

(電話090- XXX- XXXX)

下記のとおり、国民健康保険法施行規則第5条の4第1項の規定により届出します。

記

該当・非該当年月日	平成 令和 ○年 ○月 ○日		
被 保 険 者	住 所	岡崎市十王町2丁目9番地 障害者支援施設◎◎	
	氏 名	国保 藤子 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	
	生年月日	昭和・平成・令和 48年 4月 15日	
	記号番号	◎◎◎◎-1234	世帯主から みた続柄 本人
施 設	名 称	障害者支援施設◎◎	
	住 所	岡崎市○○町▽丁目◇番地	
	電話番号	0564- XX- XXXX	
該当・非該当事由	<input checked="" type="checkbox"/> 入所・退所 <input type="checkbox"/> 国保取得・喪失 <input type="checkbox"/> 40歳到達		

※ この届には、施設が発行する入所（退所）証明書を添付すること。

受付	入力	照合
----	----	----

番 号 確 認	本 人 確 認
マイナンバーカード 通知カード 住民票 公簿	マイナンバーカード 運免 在留 障手 パスポート 住基カ(写有) 他 ()
	年手 保険証 医療受給証 住基カ(写無) 他 ()
	学生証 他 ()

収受印