

介護保険適用除外届出書（国民健康保険用）

（宛 先）流山市長

年 月 日

下記のとおり届出します。

住 所

氏 名

（被保険者との関係）

個人番号

電 話

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定により、次のとおり届出します。

記号番号	流 一		
被 保 険 者	フリガナ		年 月 日
	氏 名	生年月日	年 月 日
	個人番号	性 別	男 ・ 女
	住 所		
施 設 名	名 称		
	所在地		
入所日・退所日	入 所 ・ 退 所	年 月 日	
施設の種類			

介護保険適用除外施設の入所日または退所日の確認できる証明書を添付してください。

受 付 印

受 付 印