

介護保険適用除外

該当
非該当

届

天栄村長 あて

令和〇年 〇月 〇日

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。

世帯主 住所 天栄村大字下松本字原畑78番地

氏名 天栄 花子

電話番号 0248-82-2116

(代理人)

届出人が異なる場合は、
記載してください。
(例) 天栄太郎 (父)

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	島29-007-〇〇〇〇												
	住所	天栄村大字下松本字原畑78番地												
	氏名	天栄 花子	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1

施 設	名称	指定障害者支援施設 〇〇〇	施設名等は手書きまたは ゴム印等のご利用が可能です。
	住所	〒962-0501 天栄村大字下松本字原畑78番地	
	電話番号	0248 (82) 2116	
	入所(退所)日 ※40歳到達で該当の 場合は40歳の誕生日	令和 〇年 〇月 〇日	