

介護保険第2号被保険者適用除外異動届

(国民健康保険法施行規則第五条の四)

記号番号	被保険者氏名	性別	生年月日
—	フリガナ	1.男 2.女	昭和 平成 年 月 日
介護保険第2号被保険者適用除外 該当		介護保険第2号被保険者適用除外 非該当	
該当年月日	年 月 日	非該当年月日	年 月 日
入所又は入院中の施設 (入所又は入院していた施設)	名称		
	所在地		
	TEL	()	
上記のとおり申請します。			
令和6年 月 日			
住所 瑞浪市 _____			
申請者(世帯主)氏名 _____			
TEL(自宅) ()			
瑞浪市長 様 TEL(携帯) ()			

以下 瑞浪市処理欄

該当施設	電算入力	賦課確認

※介護保険第2号被保険者(40歳以上65歳未満の被保険者)が対象です。
 ※該当年月日は、下記 1 から 3 の該当条件の中で一番遅い日を記入してください。

1. 国保加入日
2. 40歳誕生日
3. 該当施設入所日