

介護保険適用除外 該 当
非該当 届

令和 年 月 日

(宛先) 上 越 市 長

住 所 _____
世帯主
氏 名 _____

下記の人は、介護保険の適用除外に 該 当
非該当 しますので届出します。

記

1	該当者（被保険者）の氏名	
2	〃 の生年月日	(昭和 年 月 日)
3	〃 の住所	
4	該当・非該当の年月日 又は施設入所（退所）年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日)
5	入所又は入院中の施設名	
6	被保険者記号・番号	上越

※ 介護保険適用除外〔該当〕の場合、添付書類として介護保険適用除外施設入所証明書が必要となります。

※ 介護保険適用除外〔非該当〕の場合、添付書類は必要ありません。

※ この届は、被保険者のうち満 40 歳以上 65 歳未満の方が対象です。

* 記載された個人情報は、国民健康保険に関する業務以外には使用しません。