

記載例

介護保険適用除外 該 当 届  
非該当

提出日をご記入ください。

令和 年 月 日

(宛先) 上 越 市 長

世帯主  
住所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

世帯主の方についてご記入  
ください。

下記の人は、介護保険の適用除外に 該 当 しますので届出します。  
非該当

該当者の方についてご記入  
ください。

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、国民健康保険に関する業務以外には使用しません。