

国民健康保険税介護保険適用除外該当届

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	岡 8 2 -	該 当 年 月 日	年 月 日
被 保 険 者	個 人 番 号		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所		
	氏 名		
入 所 施 設	所 在 地		
	名 称		

瀬戸内市長 あて
上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

世帯主（届出人）

住 所

氏 名

個人番号

電話番号

* 添付書類：入所日が確認できるもの