

国民健康保険税介護保険適用除外非該当届

被 保 険 者 証 の
記 号 番 号

岡 8 2 -

非該当年月日

年 月 日

被 保 険 者

個 人 番 号

生 年 月 日

年 月 日

住 所

氏 名

退 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：退所日が確認できるもの