

国民健康保険税介護保険適用除外該当届

被 保 険 者 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