

月分 保険料で調整

支 部 欄				
-------------	--	--	--	--

本 部 欄							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

介護適用除外施設入所（該当・非該当）申請書

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

下記の通り、介護保険法施行法第 11 条及び介護保険法施行規則第 170 条による適用除外施設入所（該当・非該当）申請します。

（注）太線内へ必要事項を記入して下さい。

※印のある欄へは記入しないで下さい。

申請日	年 月 日
-----	-------

記号番号 建 ー		組合員氏名	
		マイナンバー	
住 所			
該当・非該当となる 被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	
マイナンバー		S・H・R	
		年 月 日	
適用除外施設の種類 (該当するものを○で囲む)		1. 身体障害者療護施設（身体障害者福祉法第 30 条） 2. 重症心身障害児施設（児童福祉法第 43 条の 4） 3. 厚生大臣が指定する医療機関（児童福祉法第 27 条第 2 項） 4. 福祉施設（心身障害者福祉協会法第 17 条第 1 項第 1 号） 5. 国立及び国立以外のハンセン病療養所 6. 障害者自立支援法第 29 条 1 項指定障害者支援施設	
施 設 名		入(退)所年月日	年 月 日
所 在 地			
該当(非該当)	※		添付書類チェック
となる年月	年 月より 該当 ・ 非該当		※ 可 ・ 否

確 認 書 類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（組合員 ・ 他）	届 出 人	<input type="checkbox"/> 組合員	身 元 確 認 者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証（組合員 ・ 他）		<input type="checkbox"/> 代理人	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		（ ）	

※今回の申請で皆さんから届け出ていただいた個人情報は国保事業以外には使用しません。

※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。