

介護保険第2号被保険者適用除外異動届

※太枠の中を記入してください。

届出日	年 月 日			豊後高田市長あて
事由	1 入所 2 退所 3 その他()			届出人
現住所	豊後高田市	世帯主氏名		☎ () 1. 本人 2. 同居の家族 3. その他 ()
	(〒) - 1名、室、番号等)			届出人住所(その他の方のみ記入)
ふりがな 氏 名		生年月日	性別	続柄
		昭	男・女	
		・	・	
			被保険者証記号番号	資格証
			豊高国保	有・無

※入所または退所された介護保険適用除外施設の名称・所在地を記入してください。

施設の名 称			
施設の所在地	〒 ー ☎ ()		
入 所 日	年 月 日	退 所 日	年 月 日
該 当 日	年 月 日	非 該 当 日	年 月 日

⑨ 対象は介護保険第2号被保険者(40歳以上65歳未満の被保険者)です。