

岡崎市国民健康保険に関する介護保険適用除外該当（非該当）届

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市 長

(世帯主) 住所

氏名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(電話 - -)

世帯主が届出人と同じ場合はチェックしてください

(届出人) 住所

氏名 続柄

(電話 - -)

下記のとおり、国民健康保険法施行規則第5条の4第1項の規定により届出します。

記

該当・非該当年月日	平成・令和 年 月 日		
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
		個人番号	
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	記号番号	世帯主から みた続柄	
施 設	名 称		
	住 所		
	電話番号		
該当・非該当事由	<input type="checkbox"/> 入所・退所 <input type="checkbox"/> 国保取得・喪失 <input type="checkbox"/> 40歳到達		

※この届には、施設が発行する入所（退所）証明書を添付すること。

受付	入力	照合

番 号 確 認	本 人 確 認
マイナンバーカード 通知カード 住民票 公簿	マイナンバーカード 運免 在留 障手 パスポート 住基カ(写有) 他 ()
	年手 保険証 医療受給証 住基カ(写無) 他 ()
	学生証 他 ()

収受印