| 認印 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

# 介護保険適用除外等 該当 非該当 届

| 被保険者証 | 記　号 | | | 番　号 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 組　合　員 | | | | | | | | | | | | |
| 該　当<br>被保険者 | | | | | 該当者<br>生年月日 | 昭<br>平 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

甲種組合員住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　　印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

該当の場合は、施設入所（院）証明書の写しを添付されるか、もしくは下記の証明書欄に入所（院）先から証明を徴してください。

## 施設入所（院）先証明書

上記の者、当施設に入所（院）していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称　　印

電話番号　（　　）

※申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の利用目的以外で利用することはありません。

| 処理欄 | 保険料徴収変更月 | 遡　及　期　間 |
|---|---|---|
| | 令和　　年　　月 | 令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月 |
| | 保険料返還額 | 振　込　日 |
| | | 令和　　年　　月　　日 |

（注）太枠内全て記入ください。記入なき場合は無効です。