

## 介護保険 適用除外者該当届出書

松川町国民健康保険  
松川町長 様

介護施行法第11条に該当しますので、第2号被保険者適用除外を下記のとおり届け出ます。

届出年月日	令和 年 月 日		
届出者氏名	(個人番号 印)	被保険者との関係	
届出者住所	TEL -		

被保険者	氏名			性別	
		(個人番号 )			
	住所				
	生年月日	年 月 日			
医療保険	名称	松川町国民健康保険			
	保険証記号	松川	保険証番号		

入所施設	名称				
	所在地	TEL -			
	入所日				

- \* 施設発行の在籍証明書を添付すること
- \*適用除外が非該当になった場合も届け出てください。

役場記入欄

処理日	年 月 日
介護2号適用除外日	年 月 日