様式第5号の2

豊田市国民健康保険介護保険第2号被保険者適用除外施設（入所・退所）に関する届出書

豊田市長 様　　届出年月日　　令和　　年　　月　　日　　※太枠の中のみご記入ください。

世帯主	住　所			被保険者証 記号番号	－
	氏　名		連絡先	（窓口に来た人）　（続柄）	
	個人番号		（　　）　－		

適用除外に係る被保険者	住　所	□世帯主と同じ　□ 施設の住所と同じ 電話（　　）　－	適用除外施設に（入所・退所）した年月日 平成・令和　　年　　月　　日	
	氏　名	□世帯主と同じ	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	個人番号			
	施設名		施設の所在地	電話（　　）　－

処理欄	施設の種類	1 指定障害者支援施設（身体） 2 障害者支援施設（身体） 3 医療型障害児入所施設	4 児童福祉法の厚生労働大臣が指定する医療機関 5 のぞみ園が設置する施設 6 ハンセン病療養所	7 生活保護法に規定する救護施設 8 労働者災害補償法に規定する施設 9 障害者支援施設（知的）	10 指定障害者支援施設（知的・精神） 11 障害者総合支援法施行規則に規定する施設
		□ 入・退所証明あり	□ 入・退所証明なし　施設確認済（担当：　　）		

事由	□適用 □解除	入所・退所・入所中国保加入・入所中国保喪失・入所中年齢到達・その他（　　）	適用・解除年月日	年　　月　　日	受付欄	受付	入力	審査
本人確認　1点：免・個・在・身・他（　　）　2点（　　）								