

介護保険第2号被保険者(国民健康保険)資格適用除外届出書

宇佐市長 あて
次のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

届出者氏名	Ⓜ	対象者との関係	
届出者住所	〒		
電話番号			

※届出者が、対象者本人の場合、住所・電話番号は記載不要

被保険者番号											
住所	〒										
ふりがな					個人番号						
世帯主					個人番号						
対象者	ふりがな					個人番号					
	氏名					個人番号					
	性別	男 ・ 女				生年月日	昭和	年	月	日	
	電話番号										
入退所施設等	名称										
	所在地	〒									
	電話番号										
	入退所日	入所 ・ 退所				年	月	日			
	適用除外該当・非該当	該当 ・ 非該当				年	月	日			
	施設の種類(根拠法令)										
	支給決定内容										
	適用除外要件	※ 裏面の適用除外要件の番号を記載すること。									

上記対象者は、当該申請の施設に入所し、介護2号被保険者の適用除外の要件に該当することを証します。

令和 年 月 日

印

※1. 太枠の中は、施設の入所及び該当要件の証明欄です。施設の代表者名により署名、押印をお願いします。

※2. 介護2号被保険者の適用除外要件は、裏面にて確認してください。

○ 介護2号被保険者の適用除外要件

1. 障害者自立支援法による支給決定(生活介護及び施設入所支援の両方)を受けた指定障害者支援施設に入所している身体障害者
2. 身体障害者福祉法による障害者支援施設(生活介護)に入所している身体障害者
3. 児童福祉法第42条第2号の医療型障害児入所施設に入所している者
4. 児童福祉法第6条の2第3項の指定医療機関(医療型児童発達支援の指定病床)に入所している者
5. 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第11条第1号の施設に入所している者
6. ハンセン病問題の解決の促進に関する法律第2条第2項の国立ハンセン病療養所等に入所している者
7. 生活保護法第38条第1項第1号の救護施設に入所している者
8. 労働者災害補償保険法第29条第1項第2号の被災労働者の介護の援護を行う施設に入所している者
9. 知的障害者福祉法第16条第1項第2号により障害者支援施設に入所する知的障害者
10. 障害者自立支援法による支給決定(生活介護及び施設入所支援の両方)を受けた指定障害者支援施設に入所している知的障害者及び精神障害者
11. 障害者自立支援法第5条第6項の療養介護を行う病院に入院している者