

障害者支援施設等の入・退所に係る届出書

年 月 日

(あて先)箕面市長

国民健康保険法施行規則第5条の4の規定に基づき、次のとおり届出します。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒		
電話番号			

に 入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので、届出します。

を 退所

被 保 険 者	氏 名		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	箕 国
	生 年 月 日	年 月 日	個 人 番 号	
	入所前住所	〒		
	退所後住所 (※)	〒		
	退 所 理 由	1 他施設入所 2 死亡 3 その他		

(※) 死亡退所の場合は記載不要です。

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒
	入所・退所年月日	年 月 日

施設入所証明書または施設退所証明書を添付してください。