

様式第 3 9 号（第 5 4 条関係）

国民健康保険規則第 5 条の 2 第 1 項の規定による介護
保険施設等に入所又は入院中の者に関する届書

国民健康保険法第 1 1 6 条の 2 の $\left(\begin{array}{l} \text{適用を受けることとなった} \\ \text{適用を受けないこととなった} \\ \text{継続住所変更をした} \end{array} \right)$ ので、次のとおり届け出ます。

被 保 険 者 記 号 番 号		
$\left(\begin{array}{l} \text{適用を受けることとなった} \\ \text{適用を受けないこととなった} \\ \text{継続住所変更をした} \end{array} \right)$ 年月日		年 月 日
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	個 人 番 号	
	適 用 時 の 住 所	
入 所 施 設 等	名 称	
	所 在 地	
年 月 日		
世帯主 住 所 氏 名 個人番号		
那須塩原市長 様		