

(様式 44 号)

該 当

介護保険適用除外該当者

届

介護保険法施行法第 11 条第 1 項
(適用除外に関する経過措置)

非該当

(該当字句に○印をすること)

記号番号	全歯	組合員との続柄	
対象者氏名	フリガナ	生年月日	大・昭 年 月 日
対象者住所	〒		
介護保険法施行法第 11 条第 1 項の適用を受けるに至った (適用を受けなくなった) 年 月 日		年 月 日	
入所又は入院中の (入所又は入院していた) 施設	名 称	フリガナ	
	所在地	〒	
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 _____ - _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>組合員氏名 _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p> <p>全国歯科医師国民健康保険組合 理 事 長 殿</p>			

注意：添付書類 適用除外施設入所者 …………… 入所・入院証明書

(参考) 介護保険法施行法第 11 条第 1 項の適用を受けるのは、次の施設に入所及び入院されている方です。

1. 身体障害者福祉法第 18 条第 4 項第 3 号の規定により、同法第 30 条に規定する身体障害者療護施設
2. 児童福祉法第 43 条の 4 に規定する重症心身障害児施設
3. 児童福祉法第 27 条第 2 項の厚生労働大臣が指定する医療機関 (当該指定に係る治療等を行う病床に限る)
4. 心身障害者福祉協会法第 17 条第 1 項第 1 号に規定する福祉施設
5. 国立及び国立以外のハンセン病療養所
6. 生活保護法第 38 条第 1 項第 1 号に規定する救護施設

理事長	副理事長	専 務	常 務	事務長	支部長	支部常務	係