

井原市国民健康保険 住所地特例 適用（変更・終了）届書

被保険者	被保険者番号		異動年月日	適用・変更・終了			
	個人番号			令和	年	月	日
	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成			
			世帯主との続柄(異動後)				

異動後情報	世帯主	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
		氏名			平成			
	現住所	〒 (居宅・施設)						
	*異動後の住所が施設等の場合、以下も記入してください。また施設の証明欄への証明が必要です。							
施設等	名称		入所年月日			年	月	日

異動前情報	従前の住所	〒 (居宅・施設)							
		*異動前の住所が施設等の場合、以下も記入してください。							
	施設等	名称		退所年月日			年	月	日

井原市長 様

上記のとおり、届出します。 年 月 日

世帯主

住所 _____
氏名 _____
個人番号 _____
連絡先電話番号 _____

施設の証明欄	上記被保険者が、当施設に(入所・退所)したことを証明します。(施設の証明は別紙可)											
	年 月 日 所在地											
	名称 (連絡先)											
住所地特例適用施設の内容 (該当する番号に○をしてください。)	1 病院又は診療所	2 障害者支援施設	3 のぞみの園の設置する施設	4 養護老人ホーム ^{※1}	5 特別養護老人ホーム ^{※1}	6 有料老人ホーム ^{※2}	7 軽費老人ホーム ^{※2}	8 適合高齢者専用賃貸住宅 ^{※2}	9 指定介護老人福祉施設 ^{※3}	10 介護老人保健施設	11 指定介護療養型医療施設	入所定員
											人	
												特記事項

※1:措置入所の場合 ※2:地域密着型特定施設でないこと
 ※3:入所定員が30人以上の介護保険法に基づく都道府県知事の指定を受けた特別養護老人ホーム