第2号様式(第6条関係)

介護保険住所地特例(適用・変更・終了)届

(宛先)

上尾市長

次のとおり介護保険住所地特例(　適用　・　変更　・　終了　)について届け出ます。

※太枠内を記入ください。

届出年月日	年　月　日		
届出人氏名	印	被保険者との関係	
届出人住所	〒 TEL　(　)		

※届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

被保険者	介護被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	氏　名		性　別	男・女	世帯主との続柄

世帯主氏名		生年月日	明・大・昭 年　月　日	性別	男・女

※世帯主が被保険者本人の場合は記載不要

異動前情報	従前の住所	〒 TEL　(　)		
	※異動前住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと			
	施設 名称			
	施設 退所年月日	年　月　日		
異動後情報	現住所	〒 TEL　(　)		
	※異動後住所が介護保険施設の場合、以下も記入のこと			
	施設 名称			
	施設 入所・退所年月日(いずれか○)	年　月　日	死亡で退所の場合、死亡日 年　月　日	

(備考)

健康保険種別	①　国民健康保険　　②　1以外の健保　　③　後期高齢者医療											
確認欄	標減	認定	施設	住当	世帯	喪失	証	決裁欄	課長	主幹	リーダー	担当