

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 理事長 あて

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

* 上記（適用・変更・終了）より該当するものに○をつける

適用：在宅 → 施設

変更：施設 → 施設

終了：施設 → 在宅

	届出年月日	平成 年 月 日
届出人氏名	被保険者との関係	
届出人住所	〒 _____ 電話 _____	

* 届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	個人番号										
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性 別	男	・	女						

異 動 前 情 報	世帯主	氏 名		被保険者との 続 柄	生年月日	明・大・昭	年	月	日
				性 別	男	・	女		
	住 所	〒 _____ 電話 _____							
	* 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと								
施 設	施 名 称								
	退所年月日	平成	年	月	日				

異 動 後 情 報	世帯主	氏 名		被保険者との 続 柄	生年月日	明・大・昭	年	月	日
				性 別	男	・	女		
	住 所	〒 _____ 電話 _____							
	* 異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと								
施 設	施 名 称								
	入所年月日	平成	年	月	日				