様式第３号（第４条関係）

国民健康保険施設入所等に伴う住所地特例に関する届書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 窓口に来た方 | 氏名 |  | 世帯主との関係 | □本人 □同一世帯員  □代理人（ 　　　　　　　 　） |
| 住所 | ※世帯主及び同一世帯員は、記入不要です。  　　　　　　　電話番号（日中の連絡先） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | 届出区分 | □適用該当（施設入所）  □変更（施設→施設）  □適用非該当（施設退所） |
| 被保険者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | 個人番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 異動前 | 従前の住所 | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 施設又は病院の名称及び退所（院）年月日 | ※従前の住所が施設の場合のみ記入してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 異動後 | 現住所 | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 施設又は病院の名称及び入所（院）年月日 | ※現在の住所が施設の場合のみ記入してください。  年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、届出します。  　　　年　　　月　　　日　　住所  竹田市長様　届出人（世帯主）氏名    　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | |

　※入所証明書等を添付して提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市の記入欄 | 個人番号確認 | | □個人番号カード　□通知カード　□個人番号が記載された住民票　□公簿　□住基ネット | | | | | | | | | | | | | |
| 窓口に来た方の身元確認 | | ＜写真付き1点確認＞□個人番号カード □運転免許証 □旅券 □身障手帳 □在留カード □（　 　　　　）  ＜写真なし2点確認＞□保険証 □年金手帳 □身分証明書 □資格証明書 □( 　） | | | | | | | | | | | | | |
| 代理権の確認 | | □戸籍謄本（法定代理人）□委任状 □委任状省略（同一世帯員）□本人しか持ち得ない書類 ( ) | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | □入所（院）証明書 | | | 転出日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 適用施設 | | □病院・診療所　□児童福祉施設（措置入所）　□障害者支援施設等　□のぞみの園  □養護老人ホーム（措置入所）  □特定施設　（□有料老人ホーム　□軽費老人ホーム　□サービス付き高齢者向け住宅　）  □介護保険施設　（□特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　） | | | | | | | | | | | | | |
| 適用 | 該当  非該当 | 年　　　月　　　日 | | | 新証記号番号 |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 新証の交付 | | □簡易書留での郵送  □窓口 | 証回収 | □回収  □未回収（指導）  □紛失 | | 受付 | | | 電算入力 | | | | 確認 | | |