

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