

介護保険 住所地特例 **適用・変更・終了** 届

記入例

(届出先)

横浜市 中 区長

2 年 5 月 1 日

*を参考にして該当する事由を選択してください。

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。

* 該当するものに○をつけてください。(在宅→施設:適用 施設→施設:変更 施設→在宅:終了)

届出人の情報をご記入ください。届出人が被保険者本人の場合は記入不要です。

届出人氏名	横浜 花子	本人との関係	妻
届出人住所	横浜市□□区□□45番地の6		Tel 045-111-1111

*届出人が被保険者本人の場合、届出人住所及び電話番号は、記載不要

被 保 険 者 (異 動 す る 方)	被保険者番号	00000000	個人番号 (マイナンバー)	0000000000000
	フリガナ	ヨコハマ タロウ		
	被保険者氏名	横浜 太郎		
	生年月日	明・大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	10年 1月 1日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女

被保険者の情報をご記入ください。被保険者番号、個人番号が不明の場合は空欄にしてください。

異 動 前 情 報	従前の住所	〒231-0005 横浜市□□区□□45番地の6	世帯主	横浜 太郎 明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 (10年1月1日)
		Tel 045-111-1111	続柄	

*異動前の住所が施設の場合、次の欄も記入してください。

施設名称		退所年月日	年 月 日
------	--	-------	-------

異 動 後 情 報	現住所	〒111-1111 東京都●●区●●1-1	世帯主	横浜 太郎 明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 (10年1月1日)
		Tel 03-1111-1111	続柄	本人

*異動後の住所が施設の場合、次の欄も記入してください。

施設名称	介護老人保健施設 O×△	入所年月日	令和2年 4月 20日
------	--------------	-------	-------------