2号様式(第69条関係)

介護保険　住所地特例　適用・変更・終了届

新宿区長　　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)の中で該当するものに〇をつけてください。

適用；在宅→施設　　変更；施設→施設　　終了；施設→在宅

届出年月日	年　月　日		
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号　（　）		

届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号記載不要

個人番号												
被保険者番号												

被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女

世帯主	氏　名		世帯主との続柄	生年月日	明・大・昭　年　月　日
				性　別	男　・　女

異動前情報	従前の住所	〒 電話番号　（　）
	＊異動前住所が施設の場合、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	〒 電話番号　（　）
	＊異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと	
	施設 名称	
	施設 入所年月日	年　月　日

次の事務にレ印を付けた場合、併せて申請したこととします。

国民健康保険住所地特例届　□

収受印

国民健康保険記号番号	０４－
新記番	
転出日	年　月　日
税情報	無・有（税務課・税照会・申告書）

事務処理欄	身元確認書類（届出人）	個人番号確認書類(被保険者)
	1点　免許証　個人Noカード　旅券 身障手帳等（　） 2点　保険証（介　後　国　他）　納入通知書 （　）	個人Noカード　通知カード 転出証明書　住民票 住民票記載事項証明書