

介護保険住所地特例 開始・変更・終了 届

（あて先）函 館 市 長

次のとおり住所地特例（開始・変更・終了）について届出します。

※上記（ ）内の該当するものに○をつける

在宅→施設：開始 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

	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	

※届出者が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ	世帯主との続柄		
	氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
		性別	男 ・ 女	

世 帯 主	氏名			
		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	
	退所年月日	

異 動 後 情 報	現在の住所	〒 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	
	入所年月日	