

介護保険 住所地特例異動届

武蔵野市長 殿

次のとおり住所地特例

- ☐ 適用:在宅→施設
☐ 変更:施設→施設
☐ 終了:施設→在宅

について届出ます。(チェックをつけてください。)

※太線の枠内をお書きください。

		届出日	年 月 日		
届出人	氏名				被保険者との関係
	住所	*被保険者本人と同じ場合は書く必要はありません。 〒 電話番号 ()			

被保険者	個人番号												
	被保険者番号			0	0	0	0						
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日										

異動前情報	引っ越し前の住所												
	*異動前住所が施設の場合には、以下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	新住所												
	*異動後住所が施設の場合には、以下も記入してください。												
	施設	名称											
		入所年月日	年 月 日										

■確認事項		番号確認	身元確認	
			1点	2点
<input type="checkbox"/> 住民登録の異動 <input type="checkbox"/> 国保・後期高齢へ案内 (※後期は都外の施設への転出のみ) <input type="checkbox"/> 受付者名()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 () 備考	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	

■資格担当 <input type="checkbox"/> 転入通知 <input type="checkbox"/> 住所確認 <input type="checkbox"/> 特記入力 <input type="checkbox"/> 終了日 <input type="checkbox"/> e-SUITE紐付け <input type="checkbox"/> 市町村からの連絡票 (受理日 /) <input type="checkbox"/> 施設からの連絡票 (受理日 /)		<input type="checkbox"/> 住特入力 住登外宛名番号() 旧宛名番号() <input type="checkbox"/> 被保険者証郵送 (/) 負担割合証 (有・無) 負担限度額認定証 (有・無)	収 受 印
---	--	--	-------