様式第1号（施行規則第5条の2第1項関係）

病院等に入院又は入所中の者に対する住所地主義の特例に関する届書

受理番号（　　）

適用年月日		年　月　日		
旧記号番号			新記号番号	
被保険者	個人番号			
	フリガナ		福祉医療	有・無
	氏名			
	生年月日	年　月　日生		
	従前住所（病院等所在地）			
	従前世帯主（病院等名称）	電話　（　　）		
適用後の病院等	所在地			
	名称			
資格情報のお知らせ送付先		1 病院等　2 その他（　　）		
資格確認書送付先		1 病院等　2 その他（　　）		
保険税納付書送付先		1 病院等　2 その他（　　）		

非適用になった時	非適用年月日	年　月　日
	理由	
	今後の住所（病院等の所在地）	
	世帯主（病院等の名称）	

上記の通り届出いたします。

年　月　日

世帯主（届出人）

住所

氏名

電話　（　　）

個人番号

館林市長　様

※適用年月日：法第116条の適用を受けるに至った日を記入。

※非適用年月日：法第116条の適用を受けなくなった日を記入。

確認欄		病院等所在地市区町村への通知	
		国保税賦課	
		福祉医療	
		住所地特例台帳記載	