

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	
旧被保険者証記号番号				新被保険者証記号番号			
被 保 険 者	個人番号						
	フリガナ						
	氏名					福祉医療	有・無
	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						
保険証送付先		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

住所
氏名
世帯主 (届出人) 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	