

※太枠内に記入してください。

被保険者証	記号	13	番号	
-------	----	----	----	--

- 住所地主義の特例被保険者 適用・適用終了 届 (国民健康保険法第116条の2)
- 介護保険第2号被保険者適用除外施設 該当・非該当 届 (介護保険法施行法第11条)

年 月 日

(宛先) 厚木市長

次のとおり届け出ます

届出人 住所
(世帯主)

氏名

(個人番号)

来庁者 住所
(記入者)

氏名

世帯主との関係 ()

連絡先 () -

被保険者 (対象者)	現住所	〒				
	(フリガナ)				性別	
	氏名				男・女	
	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢
入所施設等	住所	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ				
	名称					
適用開始(該当)日	年		月	日		
適用終了(非該当)日	年		月	日		

事務処理欄

住登外CD			施設所在地への市区町村連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
被保険者証	[交付状況] <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 交付	郵送 (/)	証明書 (/ まで)	
	[回収状況] <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 回収			
来庁者本人確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他 ()			

* 個人番号確認欄 * 確認者 ()

世帯主	番号確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他 ()
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明
	代理人身元確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他 ()
被保険者	番号確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他 ()