

住所地特例適用・変更・終了届

大津市長

特例被保険者になったため、 次のとおり住所地特例の(適用・変更・終了)について届出ます。
 特例被保険者でなくなったため、

届出年月日 年 月 日

届出者	フリガナ		被保険者との関係
	届出者氏名		1 本人 2 代理人(親族) 続柄 () 3 その他
	届出者住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(※届出者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要です)

被保険者	被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	被保険者氏名		性別	男・女	
	被保険者の いままでの 住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	施設に入所していた場合は、 その名称及び退所年月日			年 月 日	
	被保険者の これからの 住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	施設に入所する場合は、その 名称及び入所予定年月日			年 月 日	

※世帯主に関する事項について記載してください。

世帯主	被保険者氏名		被保険者と世帯主との続柄	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女