

(施設入所者用)

児童福祉施設等に入所中の者に関する届出
(住所地特例を受けるときの届出)

被 保 険 者	住 所	都・道 府・県			
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日	記号・番号	三み・	
	個 人 番 号				
	国民健康保険法第116条の2の規定の適用を受ける に至った年月日（入所措置が採られた年月日）			年 月 日	
入所中の施設の 名称及び所在地		名 称			
		所 在 地	(電話番号)		

※添付書類 入所がわかる書類等

上記のとおり届出します。

みやき町長 様

年 月 日

世帯主 住 所 みやき町大字

氏 名

個人番号

電話番号

受付者