

国民健康保険法第116条の2適用届

旧国保番号	井 さ — —		適用年月日	令和 年 月 日
※新国保番号	井 さ — —			※転出確定日・社会保険喪失日・生活保護廃止日等
被保険者	氏 名			生年月日
	個人番号			
	旧 住 所			
入所施設	名 称			
	所 在 地			
	入所年月日	令和 年 月 日		
	施設の 種類	1 病院または診療所 2 児童福祉施設 3 障がい者支援施設 4 知的障がい者援護施設 5 養護老人ホームまたは特別養護老人ホーム 6 介護保険施設 7 その他()		
▼ 上記 2の場合 または 1または4で特別な場合				
扶養 義務者	氏 名			
	住 所		世帯主 (納税義務者)	
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日				
坂井市長 殿		申請人 (世帯主)	住所	坂井市
			氏名	
			個人番号	
			電話番号	
世帯主でない方が記入する場合は、下記の事項もご記入ください。なお、同一世帯員以外の申請の場合、委任状を添付してください。				
窓口に来た方		住所		
		氏名	世帯主との続柄	
		電話番号		

※ 施設入所証明書 または 障害福祉サービスの写しを添付してください。

受領確認 (窓口)	住所地特例の保険証を受領しました。	押印 または サイン _____
--------------	-------------------	---------------------

※市処理欄

本人確認	個人番号確認	代理確認	入所確認	交付方法	交付日
☐ 運転免許 ☐ その他 	☐ 番号カード ☐ 通知カード ☐ その他 	☐ 委任状 ☐ その他 	☐ 入所証明書 ☐ その他 	☐ 窓口 ☐ 郵送	. . 有効期限 . .

係	受付