

介護保険資格 取得・異動・喪失 届

(あて先) 度会町長

次のとおり届け出ます。

届出人	氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	〒 _____ 電話番号 ()		

※届出人が被保険者本人の場合は、届出人住所・電話番号は記載不要です。

届出日		資格異動日		届出事由(該当する区分にチェックをしてください。)			
令和	年 月 日	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 異動	
新住所 〒 _____				<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 職権復活 <input type="checkbox"/> 65歳到達 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 職権喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
旧住所 〒 _____							
本年1月1日の住所 〒 _____							
氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者番号		要介護認定の有無	介護施設等入所の有無
				個人番号			
フリガナ	明治・大正・昭和	<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
フリガナ	明治・大正・昭和	<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
フリガナ	明治・大正・昭和	<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
フリガナ	明治・大正・昭和	<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
フリガナ	明治・大正・昭和	<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

保険者チェック欄

証回収

□ □ □ □ □ □ □ □

(注) 届出事由が喪失又は異動の場合は、介護保険被保険者証を添付してください。