

介護保険資格取得・異動・喪失届

西 桂 町 長 殿

つぎのとおり届け出ます。

届 出 年 月 日		年    月    日	
届 出 人 氏 名		被 保 険 者 と の 関 係	
届 出 人 住 所	〒 西桂町 電話番号		

※ 届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号													※被保険者番号は資格 取得済者のみ記入
	フリガナ													
	氏 名													
	生 年 月 日	年    月    日												
	現 住 所	〒 西桂町 電話番号												
	旧 住 所													
個 人 番 号														

資 格 異 動 年 月 日	取 得 ・ 異 動 ・ 喪 失	年    月    日
---------------	-----------------	-------------

取 得 事 由	喪 失 事 由	異 動 事 由
転            入	転            出	氏 名 変 更
65 歳 到 達	死            亡	住 所 変 更
適用除外非該当	適用除外該当	世 帯 変 更
医療保険加入 (生活保護廃止)	医療保険脱退 (生活保護開始)	そ の 他 変 更
そ の 他 取 得	そ の 他 喪 失	

被保険者の世帯主との続柄		*続柄が本人の場合には、世帯主欄は記載不要です。												
世 帯 主	フリガナ													
	氏 名													
	生 年 月 日	年    月    日												
	個 人 番 号													

< 業 務 欄 >

本 人 確 認	済 ・ 未	端末確認	1 番号記載不可 2 確認書類不足 3 番号記載なし 4 その他(                      )	(受付印)