

介護保険資格異動届

安八郡広域連合長 様

次のとおり届け出ます。

届出人氏名		被 保 険 者 と の 関 係		異動年月日		年		月		日									
届出人住所	〒 電話番号			資 格 異 動 事 由															
届出年月日	年			月		日		郡 外 転 入 65 歳 到 達 職 権 復 活 適 用 除 外 非 該 当 そ の 他 取 得				死 亡 郡 外 転 出 職 権 喪 失 適 用 除 外 非 該 当 そ の 他 喪 失				住 所 変 更 氏 名 変 更 世 帯 変 更 そ の 他 変 更			
届 出 事 由	取得 ・ 喪失 ・ その他			他 市 町 村 住 所 地 特 例 該 当 他 市 町 村 住 所 地 特 例 非 該 当								当 該 市 町 村 施 設 入 所 住 所 地 特 例 該 当 住 所 地 特 例 非 該 当							
新住所	届出人住所に同じ ・ その他 〒			※送付先の住所を変更される場合のみ記入															
旧住所	届出人住所に同じ ・ その他 〒			送付先の住所 届出人住所に同じ ・ 新住所に同じ ・ その他 〒															
本年1月1日の住所	旧住所に同じ ・ その他 〒																		
被 保 険 者	フリガナ		氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	被 保 険 者 番 号		要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無									
	個人番号																		
				大・昭・平	男・女									有	有()				
				・											無	無			
				大・昭・平	男・女									有	有()				
				・											無	無			
				大・昭・平	男・女									有	有()				
				・											無	無			

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください（※医療保険証の写し添付）

医療保険者名		記 号 番 号	
--------	--	---------	--

◎資格異動事由が「喪失」の場合のみ記入してください（※預貯金通帳またはキャッシュカードの写し添付）

口座振込依頼欄 <介護保険料還付及び介護（予防）給付等の各種サービス費>	金融機関名称	店 名	種 別	口 座 番 号	口座名義人(フリガナ)
	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所	普 通		
金融機関・店舗コード					

身元確認	1点で良いもの (国または地方公共団体の機関が発行した身分証明で写真を貼付されたもの)		2点必要なもの		受付者
	□運転免許証 □個人番号カード □パスポート □在留カード □住民基本台帳カード □各種障害手帳 □その他		□各種健康保険被保険者証 □各種公的年金証書 □介護保険被保険者証 □住民基本台帳カード □後期高齢者医療保険被保険者証 □その他		