**介護保険被保険者資格取得・異動・喪失届**

受

付

印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | | | 生年月日 | | 性別 | | 被保険者  番　　号 | | 個人番号 | | 要介護認  定の有無 | | 介護保険  施設入所  の有無 | | 備考 |
|  | |  | | 明・大・昭・平  年 月 日 | | 男・女 | |  | |  | | 有・無 | | 有・無 | | 資格異動年月日 　　　　年　　月　　日 |
| 届出日  年 月 日 年 月 日  異動日 | |  | |
|  | |  | | 明・大・昭・平  年 月 日 | | 男・女 | |  | |  | | 有・無 | | 有・無 | |  |
| 届出事由 | |  | |
| 新住所  新住所 | |  | | 明・大・昭・平  年 月 日 | | 男・女 | |  | |  | | 有・無 | | 有・無 | |  |
|  | |  | |
|  | |  | | 明・大・昭・平  年 月 日 | | 男・女 | |  | |  | | 有・無 | | 有・無 | |  |
| 旧住所 | |  | |
|  | |  | | 明・大・昭・平  年 月 日 | | 男・女 | |  | |  | | 有・無 | | 有・無 | |  |
| 本年1月1日現在の住所 | |  | |
|  | |  | | 明・大・昭・平  年 月 日 | | 男・女 | |  | |  | | 有・無 | | 有・無 | |  |
|  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **取得事由** | 転 入11 | | 65到達12 | | 職 権13 | | 適除外14 | | 住特15 | | 入 国16 | | 申 請17 | | 法施行19 | | | 種別変20 | 回 復28 | | その他29 | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |
| **喪失事由** | 転 出31 | | 死 亡32 | | 職 権33 | | 適用外34 | | 住特解35 | | 出 国36 | | 医療脱37 | | 種別変40 | | | その他49 |  | 徴収区分 | | 口座 | 未納 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | 特・普 | |  | 有・無 | |

※ 転出の際は、介護保険受給資格証明書の発行を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人氏名 |  | 本人との間柄 |  |  |  | | | | | |
| 受付 | 入力 | 保険証回  収・交付 | 受給資格  証明交付 | 内容  確認 | 入力  確認 |
| 届出人住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 （ ） － | | |  |  |  |  |  |  |