**介護保険被保険者資格取得・異動・喪失届**

**太枠部分にご記入の上、**

**介護保険被保険者証（お持ちの方は負担割合証・負担限度額認定証）を添えて届出**

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 |
| 　カイゴ | 　　タロウ | 明・大・昭・平10年 2 月 1 日 | 男・女 | 0010012345 |  | 有・無 | 有・無 | 資格異動年月日 　　　　年　　月　　日 |
| 介護届出日 　　　年　月　日 年 月 日異動日 | 太郎 |
| 　カイゴ | 　　ハナコ | 明・大・昭・平９年11 月11 日 | 男・女 | 0010011111 |  | 有・無 | 有・無 | 　　令和〇年〇月〇日転入 |
| 介護届出事由 | 花子 |
| 新住所新住所 |  | 明・大・昭・平 年 月 日 | 男・女**日にちを記入し、転入・転居・転出・死亡のうち、該当する届出事由を記入する** |  |  | 有・無 | 有・無 | **転入・転居・転出は、新住所及び旧住所も記入** |
|  |  |
|  |  | 明・大・昭・平 年 月 日 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  |
| **届出事由のあった方を記入****（65歳以上の方・65歳未満で要介護・要支援認定をお持ちの方のみ）**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**届出人の氏名・住所・電話番号・本人との間柄を記入****（今後、介護保険課から文書を郵送もしくは連絡をしてよろしい方をご記入ください。）** 年 月 日 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  |
|  |  |
| **旧住所と異なる場合のみ記入** |
| **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 |
|  |  |  |  |  |  |  | **市役所記入欄** |  |  |  |
| **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 | 介護　一郎 | 本人との間柄 | 子 |  |  |
| 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 | 〒　485　‐　8790　　　　　　電話番号（0568）76　－1197小牧市堀の内三丁目1番地 |  |  |  |  |  |  |