

介護保険 資格取得・異動・喪失届

江 差 町 長 様

次のとおり届け出ます。

届出日	令和 年 月 日	異動日	令和 年 月 日
届出人氏名	フリガナ		本人との関係
届出人住所	〒 電話番号		
届出事由			
新住所 〒			
旧住所 〒			
本年1月1日の住所（転入者のみ） 〒			

※市町村記入欄

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
市 外 転 入 職 権 復 活 6 5 歳 到 達 適 用 除 外 非 該 当 そ の 他 取 得	市 外 転 出 職 権 喪 失 死 亡 適 用 除 外 該 当 そ の 他 喪 失	氏 名 変 更 住 所 変 更 世 帯 変 更

氏 名 (被保険者 及び 世帯員)	生年月日	性別	続柄	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
フリガナ	明・大・昭・平 ・ ・	男・女				有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平 ・ ・	男・女				有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平 ・ ・	男・女				有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平 ・ ・	男・女				有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平 ・ ・	男・女				有・無	有・無	

■口座情報（介護保険料の過誤・還付が発生した場合に使用させていただきます）※喪失及び転出の場合、要記入

金融機関名		支店名		口座種別	普通・当座
口座番号	フリガナ				
	口座名義人				