介護保険資格取得・異動・喪失届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | | | 被保険者番号 | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 氏名 |  | | | 個人番号 | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | 性　別 | | | 男　・　 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後の  住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １月１日  現在住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | フリガナ |  | | 世帯主との続柄 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | 個人番号 | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | 性　別 | | 男　・　 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出事由 | 取得事由 | ６５歳到達  適用除外非該当 | ２号被保険者該当  その他取得 | | | | | | | | 帰化 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 喪失事由 | ２号医療保険離脱  適用除外該当 | 出国  その他喪失 | | | | | | | | 職権喪失 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更事由 | 氏名変更 | 住所変更 | | | | | | | | 世帯変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 異動年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毛呂山町長　あて  　　上記のとおり届け出ます。  令和 年 月 日  住所  　届出人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　被保険者が世帯主の場合は、世帯主との続柄に「世帯主」と記入し、世帯主の氏名等は記入不要です。

２　届出人が被保険者本人の場合は、被保険者との関係に「本人」と記入し、届出人の住所及び電話番号は記入不要です。

３　住所の変更により資格を喪失したときは、「変更後の住所」を記入の上、住所欄に変更前の住所を記入してください。