

介護保険資格取得・異動・喪失届

被 保 險 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	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女													
届 出 事 由	取得事由	<input type="checkbox"/> 65歳到達		<input type="checkbox"/> 2号被保険者該当		<input type="checkbox"/> 帰化											
	喪失事由	<input type="checkbox"/> 適用除外非該当		<input type="checkbox"/> その他取得													
	変更事由	<input type="checkbox"/> 2号医療保険離脱		<input type="checkbox"/> 出国		<input type="checkbox"/> 職権喪失											
適用除外該当		<input type="checkbox"/> 適用除外該当		<input type="checkbox"/> その他喪失													
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。