

介護保険資格取得・異動・喪失届

光市長様

次のとおり届け出ます。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

太枠の中を記入のこと

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	要介護認定	無 ・ 有	施設入所	無 ・ 有 → 入所先	

届出事由	転入・転出・転居・死亡・()	異動日	年 月 日
新住所	〒	施設名	
旧住所	〒	施設名	
本年1月1日の住所	〒	施設名	

※異動事由が死亡以外の場合には住所についても記入してください。

届 出 人	フリガナ		続柄		介護保険関係の 書類送付の同意 (する ・ しない)
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒	電話番号		

※届出人が本人以外の場合に記入してください。

※被保険者が死亡の場合、保険料や還付の通知は届出人に送付されます。

送 付 先	フリガナ		続柄		
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒	電話番号		

※届出人以外の方に送付を希望する場合のみ、枠内を記入してください。

市確認欄	<input type="checkbox"/> 本人の身元確認 <input type="checkbox"/> 代理人の身元確認 1点 【・個人番号カード ・運転免許証 ・写真付き身分証明書 ・介護支援員専門員証 ・その他()】 2点 【・介護保険被保険者証 ・負担割合証 ・医療保険証 ・年金手帳 ・貯金通帳 ・その他()】 <input type="checkbox"/> 個人番号の確認 【・個人番号カード ・通知カード ・個人番号が記載された住民票】 <input type="checkbox"/> 代理権の確認 【戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類 ・委任状(任意代理人) 本人の介護保険被保険者証 ・本人の個人番号カード ・本人の健康保険証 ・その他()】
備考	