

介護保険資格 取得・喪失届

西伊豆町長 様

年 月 日

次のとおり、届け出ます。

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	⑨														性別	男	・	女								
	新住所																										
	旧住所																										

世 帯 主	※被保険者が世帯主の場合は、「被保険者との続柄」に「本人」と記入し、それ以外の記載は不要																												
	フリガナ															生年月日	明・大・昭	年	月	日									
	氏名															性別													
	被保険者との続柄															個人番号													

届 出 人	フリガナ															被保険者との続柄										
	氏名															電話番号										
	※本人の場合、住所の記載は不要																									
	住所																									

資格異動年月日	取得 ・ 喪失	年 月 日
---------	---------	-------

取得事由	喪失事由
1 適用除外非該当	1 適用除外該当
2 住特(他)喪失	2 死亡
3 医療保険加入	3 医療保険脱退
4 その他()	4 その他()

※保険者処理欄

被保険者証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 未交付	被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	受付者	介護処理
被保険者証郵送年月日		/			

番 号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号記載有)
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル
	<input type="checkbox"/> その他()

本 人 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他写真付証明書
	<input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳
	<input type="checkbox"/> その他()

※写真のない証明書は2点以上必要