

介護保険資格 取得 異動 喪失 届

みやこ町長 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
届出人住所	〒 _____ 電話番号 _____		
届出人氏名	_____	本人との関係	_____
異動者住所	〒 _____ 電話番号 _____		
ふりがな 異動者氏名		生年	性別
		大・昭 年 月 日	男 ・ 女

※異動事由の該当する番号に○をつけてください。

取 得 事 由		喪 失 事 由	
1 転入・住所変更(転居) ☐ 転入継続 (受給資格者証・個人番号・医療保険者証) ☐ 施設(施設名) (保険者) 2 職権復活 3 適用除外非該当 4 その他取得()		1 転出・住所変更(転居) ☐ 施設(施設名) (保険者) 2 死亡 ☐ 施設(施設名) (保険者) 3 適用除外該当 4 その他喪失()	
そ の 他 異 動	1 氏名変更 2 住所変更(転居) 3 送付先変更 4 その他異動()		
保 険 者 証 等	有 ・ 無	保険者証等返還できない理由	紛失 ・ その他()

<u>送付先の変更を希望する場合</u>	
☐ 届出人住所と同じ ☐ 異動者住所と同じ ☐ その他(下欄に記入ください。)	
〒	
住所	
氏 名	
	電話番号

※届出人の本人確認ができる書類(運転免許証、保険証等)を添付してください。

※転入継続を希望される場合、個人番号の提供を依頼する場合があります。

※資格喪失後、介護保険料の過払いや納付不足が発生すると、税務課から書類が送付される場合があります。

事務処理欄 ※該当する項目にチェックをつけてください。

受付者

届出人 確認事項	☐ 運転免許証	☐ パスポート	☐ マイナンバーカード	
	☐ その他() ☐ 面識・質問(職員氏名)			