

介護保険 資格取得 届

平群町長 殿

次のとおり届け出ます。

届出人氏名	
届出人住所	〒 TEL - -
届出日	年 月 日

資格異動年月日
年 月 日
取得事由
町外転入 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他取得

フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	被保険者番号										要介護認 定の有無	介護保険施 設入所の有無			
				個人番号														
	明・大・昭・平	男	世帯主														有・無	有・無
	・ ・	女																
	明・大・昭・平	男															有・無	有・無
	・ ・	女																
	明・大・昭・平	男															有・無	有・無
	・ ・	女																
	明・大・昭・平	男															有・無	有・無
	・ ・	女																

旧住所	〒
新住所	〒 TEL - -

2号被保険者のみ(医療保険の被保険者証の写しを添付のこと)

医療保険	医療保険者名	
	保険者番号	
	保険者証 記号番号	

個人番号確認欄	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・システム・その他	
申請者確認欄	1点確認	個人番号カード・運転免許証・身体障害者手帳・その他
	2点確認	健康保険証・介護被保険者証・国民年金手帳・その他

町 確 認 欄	資格取得入力	済・未
	保険証発行	済・後日
	負担割合証発行	済・後日