

柏市長 あて

# 介護保険資格異動届（適用除外施設・65歳以上用）

次のとおり届出します。

|                 |       |      |            |       |    |      |      |      |       |
|-----------------|-------|------|------------|-------|----|------|------|------|-------|
| 転職入<br>権復<br>入活 | 65歳到達 | 除外該当 | 転職出<br>権喪失 | 除外非該当 | 死亡 | 氏名変更 | 住所変更 | 世帯変更 | その他喪失 |
|-----------------|-------|------|------------|-------|----|------|------|------|-------|

|       |                      |     |          |
|-------|----------------------|-----|----------|
| 保険証処理 | ・送付（ ）               | 異動日 | 取得・異動・喪失 |
|       | ・返還 ・未返還<br>・訂正 ・未訂正 |     | 令和 年 月 日 |

※太ワクの中を記入して下さい。

|           |     |          |    |        |  |          |  |
|-----------|-----|----------|----|--------|--|----------|--|
| 届出人       | 届出日 | 令和 年 月 日 | 住所 |        |  |          |  |
|           | 氏名  |          |    | 本人との関係 |  | 電話番号     |  |
| 新しい住所     |     |          |    |        |  | 新しい世帯主   |  |
| 今までの住所    |     |          |    |        |  | 今までの世帯主  |  |
| 本年1月1日の住所 |     |          |    |        |  | 1月1日の世帯主 |  |

↑住所の変更を伴わない場合は、「新しい住所」のみの記載で構いません。

| No. | フリガナ | 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 |
|-----|------|--------------|-----|----|--------|----------|-------------|
|     | 氏名   |              |     |    |        |          |             |
| ①   |      | 明・大・昭・平<br>・ | 男・女 | 本人 |        | 有・無      | 有・無         |
| ②   |      | 明・大・昭・平<br>・ | 男・女 |    |        | 有・無      | 有・無         |
| ③   |      | 明・大・昭・平<br>・ | 男・女 |    |        | 有・無      | 有・無         |

|   |       |
|---|-------|
| <p><b>（適用除外施設入所・退所の方は、こちらにも記載お願いいたします）</b></p> <p>入所(資格喪失) ・ 退所 (資格取得) ※該当する方に○をつけてください。</p> <p>入所・退所年月日：令和 年 月 日</p> <p>施設名：</p> <p>施設所在地：</p> | (確認欄) |
|---|-------|