

介護保険 資格取得・異動・喪失届

琴平町長様

つぎのとおり届け出ます。

	届出日	年 月 日
届出人氏名	本人 との関係	
届出人住所	〒	電話番号

※ 届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要です。

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			性別	男 ・ 女
	新住所	〒			
	旧住所	〒			

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

取得事由	喪失事由	異動事由
転入 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他取得	転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他喪失	氏名変更 住所変更 世帯変更

被保険者と世帯主の続柄		※続柄が本人の場合には、世帯主欄は記載不要です。			
世 帯 主	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	