

介護保険資格取得・異動・喪失届

岩見沢市長 様

次のとおり届け出ます。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 ー 電話番号		
届出日 令和 年 月 日	異動日 年 月 日		
届出事由			
新住所	〒 ー (電話番号)		
旧住所	〒 ー		
連絡先(送付先) 1. 届出人に同じ 2. 下記のとおり			
住所	〒 ー 電話番号		
氏名			

異動年月日	年 月 日
-------	-------

異動事由	1 転入 2 死亡 3 市外転出 4 適用除外該当 5 送付先設定 6 その他 ()
------	---------------------------------------------------------------

確認事項	被保険者証返還
	保険料精算
	受給資格者証交付

異動者氏名	生年月日	続柄	被保険者番号 個人番号	要介護認定の有無	備考
フリガナ	明・大・昭・平	世帯主		有・無	死亡
	・				転出
フリガナ	明・大・昭・平			有・無	死亡
	・				転出

保険料還付金 口座振込 依頼欄	銀行・農協 信金・信組	本店 本所	支店 出張所	種目	口座番号
	フリガナ 口座名義人			1 普通 2 当座	