第1号様式(第2条関係)

介護保険被保険者（資格取得・異動・喪失）届

　高梁市長　様

　次のとおり被保険者の（　資格取得・異動・喪失　）について届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 届出人 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　印 | 本人との関係 |  |
| 住所 | 電話番号　　　　―　　―　　　　 |
|  |
| 届出事由 | 取得事由 | 喪失事由 | 異動事由 |
| □適用除外非該当 □その他（　　 ） | □死亡□適用除外該当□その他（　　 ） | □氏名変更□その他（　　 ） |
| 　 |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 異動年月日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 性　　別 |
| 男　・　女 |
| ※氏名変更届の場合は、下記を記入してください。 |
| 変更前氏名 |  |
| ※適用除外非該当（適用除外でなくなった）により資格取得した場合は、下記を記入してください。 |
| 施設 | 退所年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 |  |

　備考　1　被保険者証を添えて届け出てください。

　　　　2　負担限度額減額等の認定を受けている方は、その認定証を添えて届け出てください。

|  |
| --- |
| 本人確認欄 |
| 番号確認 |  | 身元確認 |  |