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	㊞	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	