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 |  |