

介護保険 資格取得・異動・喪失届

川西町長 様

被保険者に関して次のとおり異動がありましたので、届け出ます。

届 出 人	氏名					届出日	年	月	日
	電話	()		続柄		異動日	年	月	日
	住所	〒 -				異動種別	取得 異動 喪失		
						資格異動日	年	月	日

事 由	取 得					喪 失					異 動		
	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

本年1月1日の住所	〒 -
-----------	-----

送 付 先	今後、介護保険の郵送物は、下記の住所に送付するよう申請します。		
	〒 -	宛名：	続柄：
	住所：		

口 座 の 変 更	申請中の給付に関して、本人名義の口座は下記の口座に変更するよう申請します。												
							銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出 張 所					
	普通 当座 その他						口座名義人						

申請中の給付	高額介護サービス費等	高額介護合算	福祉用具	住宅改修	家族介護支援	配食サービス
--------	------------	--------	------	------	--------	--------

被 保 険 者	1	フリガナ											生 年 月 日		
		氏 名											明 治・大 正・昭 和 年 月 日		
		被保険者証番号					個 人 番 号					要介護認定	施設入所	住特適用	
												有 無	有 無	有 無	
	2	フリガナ											生 年 月 日		
		氏 名											明 治・大 正・昭 和 年 月 日		
		被保険者証番号					個 人 番 号					要介護認定	施設入所	住特適用	
												有 無	有 無	有 無	