

介護保険 資格（取得・喪失）届

岩泉町長 様

次のとおり第1号被保険者の資格を（取得・喪失）したので届け出ます。

| | | | | |
|-------------|-------|---------------------|--------|--|
| 届 出 者 | フリガナ | | 届出年月日 | |
| | 届出者氏名 | ㊟ | 本人との関係 | |
| | 届出者住所 | 〒 _____ 電話番号(- -) | | |

※届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所・電話番号は記載不要です。
 ※届出者が代行事業者の場合は、届出者住所欄に事業所名のみ記入してください。

| | | | | |
|------------------|---------------------|--|---------|-------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | |
| | フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 被保険者氏名 | | | |
| 現 住 所 | 〒 _____ 電話番号(- -) | | | |
| 世 帯 主 | フリガナ | | 世帯主との続柄 | |
| | 世帯主氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | 性 別 |

※世帯主が被保険者本人の場合は世帯主氏名のみ記入してください。

| | |
|--------|------------------------------------|
| 資格年月日 | 年 月 日 (取得 ・ 喪失) |
| 資格取得理由 | 1 65歳到達 2 適用除外施設の退所 3 その他() |
| 資格喪失理由 | 1 他市町村の住所地特例者の施設退所 2 その他() |

※資格の取得・喪失に係る施設の入退所

| | |
|------|---------------------|
| 年月日 | 年 月 日 (入所 ・ 退所) |
| 施設名称 | |
| 所在地 | 〒 _____ 電話番号(- -) |