

介護保険被保険者異動届

愛川町長 殿

* 太枠内をご記入ください。

次のとおり届け出ます。

届出日 令和 年 月 日

届出人	氏 名		連絡先	
	住 所 〒			
被保険者	介護保険 被保険者番号 (※65歳以上のみ)		国民健康保険 記号番号 (※愛川町国民健康保険の被保険者のみ)	
			(記号) 64 (番号) (枝番)	
	フリガナ			
	氏 名			
	個人番号		生年月日	
			大・昭・平 年 月 日	
	新しい住所 (現住所) 〒			
	今までの住所 〒		※住所の変更があったときに記入	
	入所施設名			
	入所施設住所 〒			
異動日 (施設入退所年月日)		施設入退所の区分		
平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所		
世帯主との続柄		世帯主名 (注1)		
<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> ()				
世帯主の個人番号 (注1)		世帯主の生年月日 (注1)		
		大・昭・平 年 月 日		

(注1) 被保険者本人が世帯主の場合は記入不要。

処理欄	資格得喪日	平・令 年 月 日			
	異動事由	<input type="checkbox"/> 適用除外該当(喪失) <input type="checkbox"/> 適用除外終了(取得)			
	介護	国保	入力	受付	被保険者 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号

受 付 印
