

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 被保険者	氏名	連絡先
	住所 〒	
	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) 平・令 年 月 日		施設入退所の区分 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所
世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> ()	世帯主名 (注1)	
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	資格喪失日	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