

介護保険被保険者資格〔取得・喪失〕届出書

伊勢崎市長 様

次のとおり資格（取得・喪失）を届出します		届出年月日	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、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										性 別
	個人番号										男 女
	フリガナ										
	被保険者氏名										生 年 月 日
											年 月 日
	住 所	〒 電話番号 ()									

資格取得・喪失年月日	年 月 日
資格取得・喪失の理由	1. 外国人登録者による資格取得（65歳到達によるものを除く） 2. 外国人登録者による資格喪失 3. 適用除外施設退所による資格取得 4. 適用除外施設入所による資格喪失 5. その他 ()

適用除外施設入退所者のみ記入

施 設 名	入退所日： 年 月 日
住 所	〒 電話番号 ()