

介護保険資格（取得・異動・喪失）届 / （再）交付申請書 / 住所地特例（適用・変更・終了）届

鶴岡市長 様

本書のとおり、届出します。

| | |
|----------------|-----------|
| 住所 方書 _____ | 届出日 年 月 日 |
| 届出人 氏名 _____ | 自宅電話 () |

| | | | | | |
|----------------------------|--|--------|-----|----|--|
| 資格異動年月日（取得・異動・喪失） 年 月 日 | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%; padding: 5px;">該当者の住所</td> <td style="padding: 5px;">世帯主</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">備考</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> | 該当者の住所 | 世帯主 | 備考 | |
| 該当者の住所 | 世帯主 | | | | |
| 備考 | | | | | |

| | |
|----------------------|------|
| フリガナ 該当者氏名 | 生年月日 |
|----------------------|------|

| | | | | |
|-----------------|--------|--|-------------|-----|
| 大正 昭和 . . | 被保険者番号 | | 要介護認定の有無 | 有・無 |
| | 個人番号 | | 介護保健施設入所の有無 | 有・無 |
| | 医療保険者名 | | 保険証回収の有無 | 有・無 |
| | 記号番号 | | | |
| 大正 昭和 . . | 被保険者番号 | | 要介護認定の有無 | 有・無 |
| | 個人番号 | | 介護保健施設入所の有無 | 有・無 |
| | 医療保険者名 | | 保険証回収の有無 | 有・無 |
| | 記号番号 | | | |

| 住所地特例情報欄 | | | |
|----------|------------------------|-------|--|
| 異動前情報 | 保険者名 | | |
| | ※ 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと | | |
| | 施設 | 名称 | |
| | 退所年月日 | 年 月 日 | |
| 異動後情報 | 住所 | | |
| | ※ 異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと | | |
| | 施設 | 名称 | |
| | 入所年月日 | 年 月 日 | |

| 誓約書 |
|---|
| このたび、介護保険の届出をするにあたり被保険者証を紛失または滅失し返還ができないので次のとおり誓約します |
| <ol style="list-style-type: none"> 1 紛失した被保険者証による事故については、当市に迷惑をかけません 2 被保険者証を発見したときはただちに返還します |
| 届出人 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|---------|---------|------|---------|---------|--------|----|--------|------|---------|------|---------|---------|
| 資格取得 | 11 転入 | 15 住特非該 | 20 種別変更 | 資格喪失 | 31 転出 | 35 住特解除 | 49 その他 | 異動 | A 氏名変更 | 住特該当 | 11 施設入所 | 住特非該 | 31 施設退所 | 35 自立認定 |
| | 12 6 5 到達 | 16 入国 | 28 回復 | | 32 死亡 | 36 出国 | | | B 住所変更 | | 12 継続入所 | | 32 施設変更 | 36 認定取消 |
| | 13 職権 | 17 2号申請 | 29 その他 | | 33 職権 | 37 医療脱退 | | | C 世帯変更 | | 28 制度施行 | | 33 転出 | 37 他制度 |
| | 14 適除非該 | 19 法施行 | | | 34 適除該当 | 40 種別変更 | | | D 再交付 | | 29 その他 | | 34 資格喪失 | 49 その他 |