

介護保険 資格取得・異動・喪失届

沖縄県介護保険広域連合長 様

次のとおり届け出ます。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号：		

届出日	令和 年 月 日	異動日	令和 年 月 日
届出事由			
新住所	〒		
旧住所	〒		
本年1月1日の住所	〒		
死亡後の送付先 ※1	氏名： 電話番号： 〒 住所：		

※市町村記入欄

資格異動年月日
取得・異動・喪失 年 月 日 (介護保険法の規定による異動日を記入)

取得事由	喪失事由	異動事由
広域外転入 入国 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他取得	広域外転出 出国 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他喪失	氏名変更 住所変更 世帯変更 広域内転入 広域内転出

特記事項
.....
.....
.....

※1 被保険者様の死亡後に発覚する還付金や未納保険料等については、指定していただいた方へ郵送します。

氏名	生年月日	続柄 本人 配偶者 子 その他()	世帯主	被保険者番号 個人番号	要介護認定の有無		施設入所の有無
					認定申請日 前回認定日	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	本人 配偶者 子 その他()			有・無	年 月 日 年 月 日	有・無
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	本人 配偶者 子 その他()			有・無	年 月 日 年 月 日	有・無
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	本人 配偶者 子 その他()			有・無	年 月 日 年 月 日	有・無
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	本人 配偶者 子 その他()			有・無	年 月 日 年 月 日	有・無
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日	本人 配偶者 子 その他()			有・無	年 月 日 年 月 日	有・無

資格異動確認		
担当者印	市町村	広域