介護保険資格（取得・喪失・異動）届

山陽小野田市長　宛

次のとおり届け出ます。

		届出日	令和　　年　　月　　日
届出人氏名	㊞	本人との関係	
届出人住所	〒　　電話番号		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏名		性別	男・女
	変更後住所（死亡の場合は現住所）	〒		
	変更前住所	〒		
	本年1月1日の住所	〒		

資格異動年月日	令和　　年　　月　　日		
	取得	喪失	異動
異動事由	□市外より転入 □６５歳到達 □その他 （　　）	□市外へ転出 □死亡 □その他 （　　）	□氏名変更 □住所変更 □その他 （　　）

振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
			普通・当座・その他	
	フリガナ 口座名義人			
送付先	□　届出人住所へ送付　□　被保険者住所へ送付　電話番号 〒 様方（続柄　　）			

※ 死亡・転出の場合、保険料の還付、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、住宅改修費又は福祉用具購入費の支給口座の変更が生じることがありますので、被保険者又は相続人の振込先を記入してください。

受付	□本庁 □山陽総合事務所 □（　　）支所	受付日	受付者	処理日	処理者
		／		／	

受付印

本人確認欄	1点確認	個・住・免・旅・特・その他（　　）
	2点確認	健・介・後・年・生・その他（　　）