

介護保険

- 資格取得
 資格異動
 資格喪失

届

(申請書番号11)

(受付印)

岬町長 宛

届出年月日	年 月 日		
届出人氏名		本人との続柄	
届出人住所	〒 電話番号		

※太線内はかならずご記入ください。

届出事由	<input type="checkbox"/> 資格取得		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 65歳到達 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 資格喪失		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 資格異動		<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> その他	
フリガナ			生年月日	齢・疋・聊 年 月 日
被保険者氏名			個人番号	
被保険者番号	性別	男・女	認定の有無	有・無
世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他(世帯主氏名		介護保険施設入所の有無	有・無
フリガナ			生年月日	齢・疋・聊 年 月 日
被保険者氏名			個人番号	
被保険者番号	性別	男・女	認定の有無	有・無
世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他(世帯主氏名		介護保険施設入所の有無	有・無
現住所	〒 (<input type="checkbox"/> 上記届出人住所と同じ)		電話番号	
旧住所	〒 (<input type="checkbox"/> 上記届出人住所と同じ)		電話番号	
本年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 上記「被保険者の住所」と同じ		<input type="checkbox"/> 上記「旧住所」と同じ	
	<input type="checkbox"/> その他(住所)

※処理欄(下記は記入しないでください)

異動年月日	年 月 日	資格異動年月日	年 月 日
受付	/	(取得) 転入:住所地特例の確認 (喪失) 転出:転出先の確認(介護保険施設)	
入力	<input type="checkbox"/> 今回入力 <input type="checkbox"/> 未入力 <input type="checkbox"/> 既入力済(<input type="checkbox"/> 入力事項訂正)	資格異動日の確認(取得:異動日、喪失:異動日の翌日) <input type="checkbox"/> 処理済の場合の処理年月日(年 月 日)	
保険証	<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 紛失届受理 <input type="checkbox"/> 未回収(後日持参等)	(取得) 被保険証の発行 (異動) 被保険証の再発行 (喪失) 被保険証の回収	
要介護証明	<input type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 後日発行	(取得) 即認定・要介護証明の受理 (喪失) 転出:要介護証明の発行	
保険料	記入済 ・ 用紙配布済 /	(喪失) 特徴で死亡の人は、年金の届出も確認 (未納、還付の確認)	
所得照会	※転入時のみ 月 日 発送済	(転入) 本年1月1日現在の住所の確認、再転入の確認	
確認	<input type="checkbox"/> 端末確認 <input type="checkbox"/> 高額委任削除 <input type="checkbox"/> 文書送付先変更 <input type="checkbox"/> 異動取込	(記事) 文書送付先 ()	