

### 介護保険資格取得・異動・喪失届

(宛先) 福岡市 区長

次のとおり資格（取得・異動・喪失）について届けます。

※ 届出者欄は、被保険者本人以外の方が届け出る場合のみ記入してください。

届出者	フリガナ											本人との 関係	
	氏名												
	住所											(電話番号)	
被保険者	被保険者番号						個人番号						
	フリガナ						世帯主との 続柄						
	氏名							生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	住所											(電話番号)	
届出年月日			年	月	日	届出事由							
異動年月日			年	月	日								
旧住所	フリガナ											旧世帯主 氏名	
	氏名												
新住所	フリガナ											新世帯主 氏名	
	氏名												
本年1月1日 の住所	フリガナ											本年1月1日の 世帯主氏名	
	氏名												

※ 次の欄は、住民票が福岡市にない場合又は住民票と世帯構成が異なる場合のみ記入してください。

1	フリガナ						続柄						被保険者番号						要介護認定の有無	有・無
	氏名						個人番号											介護保険施設入所の有無		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日						有・無									
2	フリガナ						続柄						被保険者番号						要介護認定の有無	有・無
	氏名						個人番号											介護保険施設入所の有無		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日						有・無									
3	フリガナ						続柄						被保険者番号						要介護認定の有無	有・無
	氏名						個人番号											介護保険施設入所の有無		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日						有・無									
4	フリガナ						続柄						被保険者番号						要介護認定の有無	有・無
	氏名						個人番号											介護保険施設入所の有無		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日						有・無									
備考																				

提出代行者 氏名(事業所名)																	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-----  
 以下は記入しないでください。

資格異動年月日（取得・異動・喪失）			身元確認書類			個人番号カード提示		有・無	
年 月 日			<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険料決定通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/> 個人番号確認書類提示 <input type="checkbox"/> 個人番号システム確認済		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
取得事由	異動事由	喪失事由	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送			代理権の確認			
市外転入 65歳到達 生保廃止 適用除外非該当 入国 職権回復 その他取得	氏名変更 住所変更 世帯変更 その他変更	市外転出 死亡 生保開始 適用除外該当 出国 職権削除 その他喪失							
ケース 番号			課長		係長	担当者	受付印		
開廃 年月日			電算入力	賦課担当	受付				