

介護保険資格取得・異動・喪失届

後志広域連合長 様
 次のとおり届け出ます。

届出年月日	年 月 日	届出者氏名		被保険者との関係	
届出者住所	〒 -				電話番号

フリガナ 被保険者氏名	生年月日	性別	要介護認定	施設入所	被保険者番号
	明・大・昭	男・女	有・無	有・無	個人番号
	年 月 日				

異動理由 (該当するものに✓印を付ける)	取得	<input type="checkbox"/> 広域外転入 <input type="checkbox"/> 適用除外施設退所 <input type="checkbox"/> 職権復活 <input type="checkbox"/> その他			
	喪失	<input type="checkbox"/> 広域外転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所 <input type="checkbox"/> 職権喪失 <input type="checkbox"/> その他			
	異動	<input type="checkbox"/> 広域内転居 <input type="checkbox"/> 町村内転居 <input type="checkbox"/> 世帯・氏名変更 () <input type="checkbox"/> その他			

資格異動年月日	新住所 〒 -
年 月 日	旧住所 〒 -

※死亡により還付金が生じる場合に記入

当該被保険者の債権等については私が受取人となります。他の相続者の了解を得ていることに相違ありません。今後において相続人の間で問題が生じた場合にあっては、私の責任により解決いたします。

住 所	〒 -			
受取人氏名		被保険者との関係		電話番号

※転出等により還付等が生じる場合で被保険者と口座名義人が異なる場合に記入

私は、下記の者を代理受領人と定め後志広域連合に対し私が有する債権の受領を委任します。

被保険者氏名	
--------	--

私は、代理受領することを承諾します。

住 所	〒 -			
代理受領人氏名		被保険者との関係		電話番号

異動により還付金が生じた場合の振込先	金融機関	支店名	口座種別	口座番号	フリガナ 口座名義人

※上記被保険者住所以外に被保険者証等を送付する場合は、下記に記載して被保険者の同意をください。

送付先住所	〒 -			
送付先氏名・名称		被保険者との関係		

この届にかかる被保険者証等の送付先について、上記へ送付することに同意します。

被保険者氏名	
--------	--

備考（通信）欄	町村受付印	後志広域連合受付印
記載者：		