

【 記 入 例 】

介護保険資格取得・異動・喪失届

(宛先) 高松市長
次のとおり届け出ます。

本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状が必要です。

届出人氏名	高松 太郎	本人との関係	本人
届出人住所	〒761 - 0017 高松市番町一丁目8番15号 電話番号〇〇〇 - 〇〇〇〇		
届出年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日	変更年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
届出事由	適用除外施設退所、介護保険施設退所(住所地特例者)等		
新住所	〒761 - 0017 高松市番町一丁目8番15号 電話番号〇〇〇 - 〇〇〇〇		
旧住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇 障害者支援施設 △△△		
本年1月1日の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇 障害者支援施設 △△△		

資格異動年月日	年 月 日	
取得・異動・喪失	年 月 日	
取得事由	喪失事由	異動事由
転入 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他取得	転出 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

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	被保険者番号												備考											
			個人番号																							
タカマツ タロウ 高松 太郎	大・昭 18.7.15	世帯主	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	△	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	

被保険者の個人番号が確認できる書類(個人番号カードまたは通知カードまたは個人番号が記載された住民票)を提示してください。

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()			
申請者確認欄	1点 確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他 ()		
	2点 確認	1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他 ()		

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他 ()			
--------	--	--	--	--

確認者()

【記入例】

介護保険資格取得・異動・喪失届

(宛先) 高松市長
次のとおり届け出ます。

本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状が必要です。

届出人氏名	高松 太郎	本人との関係	本人
届出人住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇 電話番号〇〇〇 - 〇〇〇〇		
届出年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	変更年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
届出事由	適用除外施設入所、介護保険施設退所(住所地特例者)等		
新住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇 電話番号〇〇〇 - 〇〇〇〇		
旧住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇 特別養護老人ホーム △△△		
本年1月1日の住所	〒		

資格異動年月日	取得・異動・喪失	
	年	月 日
取得事由	喪失事由	異動事由
転入	転出	氏名変更
職権復活	職権喪失	住所変更
65歳到達	死亡	世帯変更
適用除外非該当	適用除外該当	
その他取得	その他喪失	

住所の変更により資格を喪失したときは、旧住所も記入

フリガナ氏名	生年月日	続柄	被保険者番号												備考											
			個人番号																							
タカマツ タロウ 高松 太郎	大・昭 18・7・15	世帯主	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	△	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
													△													
													△													
													△													
													△													

被保険者の個人番号が確認できる書類(個人番号カードまたは通知カードまたは個人番号が記載された住民票)を提示してください。

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()			
申請者確認欄	1点確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他 ()		
	2点確認	1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他 ()		

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他 ()		
--------	--	--	--

確認者()

介護保険資格取得・異動・喪失届

(宛先) 高松市長

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		
届出年月日	変更年月日		
年 月 日	年 月 日		
届出事由			
新住所			
電話番号			
旧住所			
本年1月1日の住所			

資格異動年月日		
取得・異動・喪失		
年 月 日		
取得事由	喪失事由	異動事由
転入	転出	氏名変更
職権復活	職権喪失	住所変更
65歳到達	死亡	世帯変更
適用除外非該当	適用除外該当	
その他取得	その他喪失	

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	被保険者番号										備考		
			個人番号												

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()				
申請者確認欄	1点 確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他 ()			
	2点 確認	1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他 ()			

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他 ()				
--------	--	--	--	--	--

確認者()