

介護保険 資格（取得・喪失）届

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0							生年月日	年	月	日
	(71册) 氏 名	()									性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 - (電話番号 - -)													
世 帯 主	氏 名	被保険者との続柄									生年月日	年	月	日	
		性 別	男 ・ 女												

下記「施設」は、適用除外施設及び介護保険施設のことです。

資格取得 (事由:)															
施 設	退所年月日	平成	年	月	日										
	施設名称														
	施設所在地	〒 - (電話番号 - -)													
入 国 ・ 転 入	入国年月日	平成	年	月	日	転入年月日	平成	年	月	日					
	在留資格														
	在留期間	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日	(期間	年	月)		

資格喪失 (事由:)															
施 設	退所年月日	平成	年	月	日										
	入所年月日	平成	年	月	日										
	施設名称														
	施設所在地	〒 - (電話番号 - -)													
出 転 出 国	出国予定 年月日	平成	年	月	日	転出(予定) 年月日	平成	年	月	日					
医療保険脱退年月日		平成	年	月	日	(40歳から64歳までの方)									
死 亡		平成	年	月	日										

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり、介護保険の資格(取得・喪失)をしましたので届出します。

平成 年 月 日

〒 -

住 所

届出者

氏 名

被保険者との続柄

(電話番号 - -)

保険者処理欄

受 付 者		資 証 格 交 者 付	済・未	被 者 回 保 証 險 等 収	済・未	入 力		備 考	
-------------	--	----------------------------	-----	--------------------------------------	-----	--------	--	--------	--

注意 上記(取得・喪失)の該当するものに をつけてください。

(所管: 高齢福祉課)

介護保険 資格(取得・喪失)届

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	生年月日	年	月	日
	(別冊) 氏 名	(ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎)									性別	(男)・女			
	住 所	〒 - (電話番号 - -) 市 町 番地													
世 帯 主	氏 名	宇都宮 一郎				被保険 者との 続 柄	子		生年月日	年 月 日					
								性別	(男)・女						

下記「施設」は、適用除外施設及び介護保険施設のことです。

資格取得 (事由: 施設から退所し、宇都宮市の居宅に変更したため。)											
施 設	退所年月日	平成 年 月 日									
	施設名称	特別養護老人ホーム									
	施設所在地	〒 - (電話番号 - -) 宇都宮市 ×町 番地									
入 国 ・ 転 入	入国年月日	平成 年 月 日			転入年月日	平成 年 月 日					
	在留資格										
	在留期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (期間 年 月)									

資格喪失 (事由:)											
施 設	退所年月日	平成 年 月 日									
	入所年月日	平成 年 月 日									
	施設名称										
	施設所在地	〒 - (電話番号 - -)									
出 転 出 国	出国予定 年月日	平成 年 月 日			転出(予定) 年月日	平成 年 月 日					
医療保険脱退年月日		平成 年 月 日 (40歳から64歳までの方)									
死 亡		平成 年 月 日									

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり、介護保険の資格(取得・喪失)をしましたので届出します。

平成 年 月 日

〒 -

住 所 宇都宮市 町 番地

届出者

氏 名 宇都宮 花子 被保険者との続柄 妻

(電話番号 - -)

保険者処理欄

受 付 者	資 証 格 交 者 付	済・未	被 者 回 保 証 險 等 収	済・未	入 力	備 考
-------------	----------------------------	-----	--------------------------------------	-----	--------	--------

注意 上記(取得・喪失)の該当するものに をつけてください。

(所管: 高齢福祉課)

介護保険 資格（取得・喪失）届

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	生年月日	年	月	日
	(7) 氏名	(ウツノミヤ 宇都宮 タロウ 太郎)									性別	男・女			
	住所	〒 - (電話番号 - -) 宇都宮市 町 番地													
世 帯 主	氏名	宇都宮 一郎				被保険者との続柄	子	生年月日	年	月	日	性別	男・女		

下記「施設」は、適用除外施設及び介護保険施設のことです。

資格取得		(事由:)													
施 設	退所年月日	平成 年 月 日													
	施設名称														
	施設所在地														
入 国 ・ 転 入	入国年月日	平成 年 月 日				転入年月日	平成 年 月 日								
	在留資格														
	在留期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (期間 年 月)													

資格喪失		(事由: 適用除外施設へ入所したため。)													
施 設	退所年月日	平成 年 月 日													
	入所年月日	平成 年 月 日													
	施設名称	施設													
	施設所在地	〒 - (電話番号) 宇都宮市 町 番地													
出 転 出 国	出国予定年月日	平成 年 月 日				転出(予定)年月日	平成 年 月 日								
医療保険脱退年月日		平成 年 月 日 (40歳から64歳までの方)													
死 亡		平成 年 月 日													

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり、介護保険の資格（取得・喪失）をしましたので届出します。

平成 年 月 日

〒 -

住 所 宇都宮市 町 番地

届出者

氏 名 宇都宮 花子 被保険者との続柄 妻

(電話番号 - -)

保険者処理欄

受 付 者	資 証 格 交 者 付	済・未	被 者 回 保 証 險 等 収	済・未	入 力	備 考
-------------	----------------------------	-----	--------------------------------------	-----	--------	--------

注意 上記（取得・喪失）の該当するものに をつけてください。

(所管：高齢福祉課)

介護保険資格異動届

被 保 険 者	住 所	〒 - (電話番号 - -)					
	(フリガ) 氏 名	()			被 保 険 者 番 号		

世 帯 変 更				変更年月日
(フリガナ) 氏 名	続柄	性 別	生 年 月 日	平成 年 月 日
()	世帯主	男・女	年 月 日	備 考
()		男・女	年 月 日	
()		男・女	年 月 日	
()		男・女	年 月 日	

《変更事項》 住所（居住地）・氏名・その他（ ）
該当する変更事項を で囲ってください。

新		変更年月日
旧		平成 年 月 日

（あて先） 宇 都 宮 市 長

上記のとおり、介護保険被保険者の資格について異動がありましたので届出いたします。

平成 年 月 日

住 所 〒

届出者

氏 名

被保険者との続柄

（電話番号 - - ）

保険者処理欄

受 付 者		介護等 確認 保険認 険接 シ続	済・未	被等 保 険 処 者 証 理	被保険者証 資格者証 各種減額認 定証	備 考

介護保険資格異動届

被 保 険 者	住 所	〒 - (電話番号 - -) 宇都宮市 町 番地	
	(フリガ) 氏 名	(ウツノミヤ タロウ) 宇都宮 太郎	被 保 険 者 番 号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6

世 帯 変 更				変 更 年 月 日
(フリガ) 氏 名	続柄	性 別	生 年 月 日	平成 年 月 日
()	世帯主	男・女	年 月 日	備 考 世帯変更は、 外国人の方及び 住所地特例の方 の変更のみ使用。
()		男・女	年 月 日	
()		男・女	年 月 日	
()		男・女	年 月 日	

《変更事項》 住所(居住地)・氏名・その他()
該当する変更事項を で困ってください。

新	宇都宮 太郎	変 更 年 月 日
旧	宇都宮 太郎	平成 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

上記のとおり、介護保険被保険者の資格について異動がありましたので届出いたします。

平成 年 月 日

住 所 〒

届出者 宇都宮市 町 番地

氏 名 宇都宮 花子 被保険者との続柄 妻
(電話番号 - -)

保険者処理欄

受 付 者	介護等 確 保 認 接 続	済・未	被等 保 険 処 理 者 証 理	被保険者証 資格者証 各種減額認 定証	備 考