

介護保険 資格（取得・喪失）届

被 保 險 者	被保険者番号											個人番号											
	(7) 氏 名 (7) 氏 名	()										生年月日	明・大・昭 年 月 日										
												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	明・大・昭・平 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	令和 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	令和 年 月 日					転入年月日	令和 年 月 日				
	在留資格											
	在留期間	【西暦】 年 月 日 ~ 年 月 日 (期間 年 月)										

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

令和 年 月 日

〒 -

住 所

届出人

氏 名

被保険者との続柄

(電話番号 - -)

※ 保険者処理欄

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

介護保険 資格 (取得・喪失) 届

被 保 險 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	(7) 氏名	(ウツノミヤ タロウ) 宇都宮 太郎		生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△市〇×町〇番地		性別	男・女	
世帯主	氏名	宇都宮 太郎	被保険者との続柄	本人	生年月日	明・大・昭・平 〇年 〇月 〇日
					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	令和 〇年 〇月 〇日			
	施設名称	特別養護老人ホーム△△			
	施設所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 (電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) 宇都宮市〇×町〇番地			
入 国 ・ 転 入	入国年月日	令和 年 月 日	転入年月日	令和 年 月 日	
	在留資格				
	在留期間	【西暦】 年 月 日 ~ 年 月 日 (期間 年 月)			

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

令和 〇年 〇月 〇日
〒〇〇〇-〇〇〇〇
住 所 宇都宮市〇〇町〇〇番地
届出人 氏 名 宇都宮 花子 被保険者との続柄 妻
(電話番号 〇〇〇-〇〇〇 -〇〇〇〇)

※ 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
-------------	----------------------------	-----	--------------------------------------	-----	--------	--------

介護保険 資格 (取得 **喪失**) 届

被 保 險 者	被保険者番号	0000000000	個人番号	000000000000000000
	(7桁) 氏名	(ウツノミヤ タロウ) 宇都宮 太郎		生年月日 明・大・ 昭 ○年 ○月 ○日 性別 男 ・ 女
	住所	〒○○○-○○○ △△市○×町○番地 (電話番号○○○-○○○-○○○)		
世 帯 主	氏名	宇都宮 太郎	被保険者との続柄	本人
			生年月日 明・大・ 昭 ・平 ○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 令和 年 月 日	
	施設名称	
施設	施設所在地 〒 - (電話番号 - -)	
入 国 ・ 転 入	入国年月日 令和 年 月 日	転入年月日 令和 年 月 日
	在留資格	
	在留期間 【西暦】 年 月 日 ~ 年 月 日 (期間 年 月)	

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

令和 ○年 ○月 ○日

住所 〒○○○-○○○
宇都宮市○町○番地
届出人 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
-------------	----------------------------	-----	--------------------------------------	-----	--------	--------