様式第１号（第２条関係）

介護保険資格取得・異動・喪失届

届出日　　年　　月　　日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合
理事長　　様

次のとおり届け出ます。

被保険者番号	
個人番号	

届出人氏名		被保険者との続柄	
届出人住所	〒 電話番号		
移動日	年　月　日	資格異動年月日 取得・異動・喪失　年　月　日	
届出事由			
新住所	〒		
旧住所	〒		
本年 1月1日の住所	〒		

取得事由	☐ 転入 ☐ 職権復活 ☐ 65歳到達 ☐ 適用除外非該当 ☐ その他取得
喪失事由	☐ 転出 ☐ 職権喪失 ☐ 死亡 ☐ 適用除外該当 ☐ その他喪失
異動事由	☐ 氏名変更 ☐ 住所変更 ☐ 世帯変更

フリガナ 氏　名		生年月日	性別	続　柄	被保険者番号	要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無	備　考
		明･大･昭･平 ・　・	男・女	世帯主		有・無	有・無	
		明･大･昭･平 ・　・	男・女			有・無	有・無	
		明･大･昭･平 ・　・	男・女			有・無	有・無	
		明･大･昭･平 ・　・	男・女			有・無	有・無	
		明･大･昭･平 ・　・	男・女			有・無	有・無	
		明･大･昭･平 ・　・	男・女			有・無	有・無	