第５号様式（第９条関係）**介護保険被保険者資格取得・異動・喪失届**

　　白河市長

　次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人氏名 |  | 本人との関係 |  |  | 資格異動年月日 | 取得 ・ 異動 ・ 喪失 |
| 　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 届出人住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 |
|
| 届出日　　　　　年　　月　　日 | 異動日　　　　　　年　　月　　日 |  | 取得事由 | 喪失事由 | 異動事由 |
| 新住所　〒 | 市外転入職権復活65歳到達適用除外非該当その他取得 | 市外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 |
|  |
| 旧住所　〒 |
|  |
| 本年1月1日の住所 |
|  |  |
| (フリガナ)氏名 | 生年月日 | 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 |
| 個人番号 |
|  |  | 明・大・昭・平・　　・ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 　 |
|  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 明・大・昭・平・　　・ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 　 |
|  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 明・大・昭・平・　　・ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 　 |
|  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 明・大・昭・平・　　・ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 　 |
|  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 明・大・昭・平・　　・ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有・無 | 有・無 | 　 |
|  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊資格取得の場合、以下も記入のこと。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主 | (フリガナ)氏名 | 生年月日 | 続柄 | 個人番号 |
|  |  | 明・大・昭・平・　　・ | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |