

介護保険資格取得届

鏡 野 町 長 様

次のとおり第1号被保険者の資格を取得したので届け出ます。

		届出年月日	令和 年 月 日
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号（ ） -		

* 届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所・電話番号は記載不要です。
* 届出者が代行事業者の場合は、届出者住所欄に事業所名を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
	氏 名			年 月 日
				性 別
	現住所	〒 電話番号（ ） -		

資格取得年月日	令和 年 月 日
資格取得理由	1. 適用除外施設該当者の施設退所 2. 他の市町村の住所地特例の施設の退所 3. その他

* 1、2の場合は、当該施設を退所した日付が分かる書類を添付してください。

【鏡野町記入欄】

処理日		課長	課長補佐 課長代理	主幹 主任	係
被保険者証	未発行 発行済				
被保険者番号					