

様式第 2 号

介護保険資格取得・異動・喪失届（日本国籍を有しない者）
（被保険者適用除外者）

上 山 市 長 様

次のとおり届け出ます。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号		
届出日 年 月 日	異動日 年 月 日		
届出事由			
新住所 〒			
旧住所 〒			
本年 1 月 1 日の住所			
氏 名	生 年 月 日	性別	続柄
フリガナ	明 大 昭 平	男・女	世帯主
	・ ・		
フリガナ	明 大 昭 平	男・女	
	・ ・		
フリガナ	明 大 昭 平	男・女	
	・ ・		
フリガナ	明 大 昭 平	男・女	
	・ ・		
フリガナ	明 大 昭 平	男・女	
	・ ・		

資格異動年月日 取得・異動・喪失 年 月 日		
---------------------------	--	--

取 得 事 由	喪 失 事 由	異 動 事 由
市 外 転 入	市 外 転 出	氏 名 変 更
職 権 復 活	職 権 喪 失	住 所 変 更
65 歳 到 達	死 亡	世 帯 変 更
適用除外非該当	適用除外該当	
そ の 他 取 得	そ の 他 喪 失	

個 人 番 号 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
	有 ・ 無	有 ・ 無	
	有 ・ 無	有 ・ 無	
	有 ・ 無	有 ・ 無	
	有 ・ 無	有 ・ 無	
	有 ・ 無	有 ・ 無	