

介護保険資格異動届兼証交付等申請書

(兼住所地特例者異動届)

西宮市長 様

資格取得	資格喪失	その他異動	住所地特例
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 適用除外解除 <input type="checkbox"/> 職権回復	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> 職権喪失	<input type="checkbox"/> 住所氏名変更 <input type="checkbox"/> 2号証交付 <input checked="" type="checkbox"/> 証再交付 <input type="checkbox"/> 職権変更	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 他市該当 <input type="checkbox"/> 他市終了

認定申請	申請区分	<input type="checkbox"/> 2号証交付 <input type="checkbox"/> 年齢到達
	認定申請日	年 月 日
	受付者	

次のとおり届け出(申請)します。

個人番号: _____

被保険者証番号: _____

被保険者	フリガナ			生年月日			要介護・要支援 認定状況	<input type="checkbox"/> 認定を受けている <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない	
	氏名				住所	〒 -		医療保険	保険者名
	住所			異動前住所		電話 (-)			記号
	異動前住所				異動前氏名				番号

(申請人)	氏名	被保険者との関係	電話	(-)
	住所	〒 -		

■受付窓口記入欄■	
保険料説明 <input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴(納付書・口座) 備考	取扱事務 被保険者証 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(送付日) <input type="checkbox"/> 回収 その他(割・限・) <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(送付日) <input type="checkbox"/> 回収 備考
本人確認資料 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() 各種証明書の番号 (No.)	

証再交付申請	再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他()	誓約書 以前に交付された介護保険被保険者証等を見つけた場合、西宮市に速やかに返還いたします 氏名 _____ 代理人 _____
--------	--------------	---	--

住所地特例または適用除外	入所施設	<input type="checkbox"/> 介護保険3施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 適用除外施設	(施設名称)	(入所予定年月日)	受付者	受付印
	退所施設	<input type="checkbox"/> 介護保険3施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 適用除外施設	(施設名称)	(退所予定年月日)		

電話番号() -

介護保険資格異動届兼証交付等申請書
 (兼住所地特例者異動届)
 西宮市長 様

資格取得	資格喪失	その他異動	住所地特例
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 適用除外解除 <input type="checkbox"/> 職権回復	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> 職権喪失	<input type="checkbox"/> 住所氏名変更 <input type="checkbox"/> 2号証交付 <input checked="" type="checkbox"/> 証再交付 <input type="checkbox"/> 職権変更	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 他市該当 <input type="checkbox"/> 他市終了

認定申請	申請区分	<input type="checkbox"/> 2号証交付 <input type="checkbox"/> 年齢到達
	認定申請日	令和〇年〇月〇日
	受付者	

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証番号	0012345678
---------	------------

次のとおり届け出(申請)します。

被保険者	フリガナ	ニシノミヤ タロウ			生年月日	昭和29年1月1日		要介護・要支援 認定状況	<input type="checkbox"/> 認定を受けている <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない		
	氏名	西宮 太郎									
	住所	〒 662 - 〇〇〇	西宮市〇〇町〇-1-2		電話	(0798)	〇〇〇〇-〇〇〇〇		医療保険	保険者名	
	異動前住所				異動前氏名			記号			番号

(申請人)	氏名	夙川 花子	被保険者との関係	長女	電話	(090) △△△△-△△△△
	住所	〒662-△△△△ 西宮市△△町3-4-5				

■受付窓口記入欄■	
保険料説明 <input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴(納付書・口座) 備考	取扱事務 被保険者証 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(送付日) <input type="checkbox"/> 回収 その他(割・限・) <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(送付日) <input type="checkbox"/> 回収 備考
本人確認資料 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() 各種証明書の番号 (No.)	

証再交付申請	再交付する証明書	■被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他() ■紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他()	誓約書 以前に交付された介護保険被保険者証等を見つけた場合、西宮市に速やかに返還いたします 氏名 西宮 太郎 代理人 夙川 花子
--------	----------	---	---

住所地特例または適用除外	入所施設	<input type="checkbox"/> 介護保険3施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	(施設名称)	(入所予定年月日)	受付者	受付印
		<input type="checkbox"/> 適用除外施設	(施設住所)	令和 年 月 日		
	退所施設	<input type="checkbox"/> 介護保険3施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	(施設名称)	(退所予定年月日)	入力	
		<input type="checkbox"/> 適用除外施設	(施設住所)	令和 年 月 日		