

記入例

様式第1号(第2条関係)

介護保険資格取得・異動・喪失届

幸手市長 あて
次のとおり届け出ます。

本紙を提出していただける方についてご記入ください。
※連絡先の電話番号を必ずご記入ください。

届出人氏名	幸手一郎	本人との 関係	子	資格異動年月日	取得・異動・喪失	年	月	日
届出人住所	〒340-0114 幸手市東4-6-8	0480-	電話番号 42-8444					
届出日 (元号) ○年 1月 8日	異動日 (元号) ○年 1月 5日							
届出事由 死亡	亡くなられた日を ご記入ください。							
新住所 〒340-0152 幸手市大字天神島1030番地								
旧住所 〒	亡くなられた方（被保険者本人） の住所をご記入ください。							
本年1月1日の住所								

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
適用除外非該当	適用除外該当	世帯変更
その他取得	その他喪失	

氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者番号	個人番号	要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無	備考
幸手 花枝	明・大・昭 13・12・28	男 (女)	世帯主	0000123456		(有)無	有 (無)	
	明・大・昭	甲・乙				無	右・無	

※ 原則として、個人番号の記入をお願いします。
記載が難しい場合は、市職員が記入します。

○個人番号を記入されない場合（ウェルス幸手 介護福祉課 窓口 または 郵送）

⇒被保険者本人の介護保険被保険者証を添付してください。

○個人番号を記入される場合（ウェルス幸手 介護福祉課 窓口）

⇒被保険者本人の介護保険被保険者証を添付してください。また、被保険者本人の個人番号カード及び届出人の運転免許証等の身分証明書を窓口で確認します。

○個人番号を記入される場合（郵送）

⇒被保険者本人の介護保険被保険者証、被保険者本人の個人番号カードの写し及び届出人の運転免許証等の身分証明書の写しを申請書に添付してください。

申立書（相続人代表の指定）

記入例

被保険者【亡くなった方】

住所	幸手市大字天神島〇〇〇番地		
氏名	幸手 花枝	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者番号	国民健康保険 () 後期高齢者医療制度 () 介護保険 (123456)	亡くなった日	令和〇〇年〇〇月〇〇日

上記、被保険者の今後発生する次のことについて、幸手市及び埼玉県後期高齢者医療広域連合からの請求及び支給の一切を、私が相続人の代わりで受けたく申請します。

なお、この件について、他の相続人へは負うことを申し添えます。

- 国民健康保険料
- 後期高齢者医療保険料、後期高齢者医療制度
- 介護保険料

令和 年 月 日

【相続人代表者】

住所 ○〇市〇〇-〇-〇

氏名 幸手 一郎

印

電話番号 0480(42)8444

※押印をお願いします。

幸手市長 あて

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

口座名義人 (フリガナ) サッテ イチロウ

訂正箇所は二重線で消したうえで、【訂正印】を押してください。

ゆうちょ銀行の場合

例) ゆうちょ銀行 〇〇〇店と記入

幸手 一郎

込 先	○ ○		銀 行 信用金庫 農 協 ()		× ×		本 店 支 店 出張所 支 所		
	種別	普通 当座	口座 番号	1	2	3	4	5	6

*相続人代表者以外の口座を指定する場合、裏面の代理人選任届にご記入ください。

保険者記入欄

保険年金課へコピー引渡し 介護福祉課へコピー引渡し

申立書原本保管課

相続人代表者の口座へ振り込む場合は、記入不要です。

担当

年 月 日 年 月 日