

介護保険資格喪失届

介護受付	受付No

大分市長 殿
次のとおり介護保険被保険者の資格を喪失したので届け出ます。

届 出 者	フリガナ		届出年月日	令和 年 月 日
	届出者氏名		被保険者との 関係	
	届出者住所	〒 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、届出者氏名及び事業所名を記入してください。

被 保 険 者	個人番号																	
	被保険者番号	0	0	0	0													
	フリガナ												生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	被保険者氏名																	
	被保険者住所	〒 電話番号() -																
	転出の場合 にあっては、 転出先住所	〒 電話番号() -																

資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失の理由	1. 転 出 2. 出 国 3. 死 亡 4. 住所地特例の適用 5. その他()

受 付 者 記 載 欄	被保険者証	文書の送付先及び宛名 ※続柄要確認。宛名と続柄は必ず記載。	受 付 者
	回収 ・ 未回収	宛名: 【続柄】 住所: □届出者と同じ □被保険者と同じ □その他(下に記入) 〒	

提出確認 入力	送付先 入力	確 認