

介護保険

氏名・性別・生年月日変更届出書

(あて先) 仙台市区長

※太わくの中をご記入ください。

※変更前の氏名・性別・生年月日をご記入ください。

届 出 年 月 日	年 月 日
--------------	-------

被 保 険 者 (変 更 前)	フリガナ					
	氏 名					
	住 所					
		電話番号 ()				
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別 男・女
	被保険者証番号					
個人番号						※下の変更事由が“氏名”の場合 記入してください

変更した事由	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日	変更年月日	年 月 日
変 更 後			

窓 口 に 来 ら れ た 方	<input type="checkbox"/> 本人	代理人氏名	被保険者との関係
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人住所	電話番号 ()

※家族以外の代理の方が届出を行う場合は委任状が必要です。

※家族であっても、個人番号の記載された当該届出を行う場合は、被保険者本人の介護保険被保険者証、健康保険証の原本、又は委任状等が必要となります。

処 理 欄			
受付年月日	. .	備 考	
資格取得年月日	. .		
変更事由確認	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 受理証 <input type="checkbox"/> その他		
被保険者証番号			
旧被保険者証回収	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 回収不能	収 受	
発行区分	<input type="checkbox"/> 即日(確認) <input type="checkbox"/> 郵送(. .)		
備 考	<input type="checkbox"/> 番号確認 (個人番号カード・通知カード・住民票) <input type="checkbox"/> 身元確認 (運転免許証・被保険者証・その他)		