

介護保険資格喪失届

大鰐町長 様

	届 出 日	令和 年 月 日
届出人氏名	本人との 関 係	
届出人住所	〒 電話番号	
届 出 事 由	1. 死亡 2. 転出 3. 適用除外該当 4. その他喪失	
資格喪失日	令和 年 月 日	

・資格喪失対象者

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	性 別	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
	明・大・昭 年 月 日	男・女			有・無	有・無

・介護保険料が還付となった場合の振込先

振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合			普 通 当 座	預金口座番号			
	ゆうちょ銀行	記 号		番 号				
	フリガナ							
	口座名義人							

※郵送で提出される場合は、振込先口座のわかる書類（通帳のコピー等）を添付して下さい。

※窓口へ直接提出される場合は、振込先の通帳も一緒にお持ち下さい。

※代理人が申請する場合、裏面の委任状も併せてご記入下さい。

（死亡による資格喪失の場合不要です）

委 任 状

大鰐町長 様

私は、介護保険資格喪失届けに関する権限を、下記の受任者に委任します。

令和 年 月 日

<委任者>

住所

氏名

印

<受任者>

住所

氏名

(被保険者との関係 :)

※窓口で申請の場合、申請者、代理人の身分確認書類の提示をお願いします。