様式第3号(第3条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険法施行法第11条　該当　・　非該当届(国民健康保険法施行規則第5条の4第1項及び第2項) |
| 被保険者証記号番号 | 　カイ― |
| 被保険者(該当者) | 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 　 |
| 個人番号 | 　 |
| 介護保険施行法第11条第1項の適用を受けるに至った(適用を受けなくなった)年月日 | 　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 入所又は入院中の(入所又は入院していた)施設 | 名称 | 　 |
| 所在地(電話) | 　　　　　　(　　　　　) |
| 上記のとおり届け出ます。　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　甲斐市長　様 |
| 　 | 世帯主(届出義務者) | 住所　甲斐市　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
| 個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 届出人 | 1．世帯主(以下の記入は不要です)2．世帯員3．代理人(委任状添付) |
| 　 | 住所　世帯主と同じ・　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
| 個人番号　　　　　　　　　(代理人の場合は不要です) |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※在所証明書等を添付してください

※甲斐市に住民登録をしたことがないかたの保険証を作成する場合は、住民票の写しも必要となります

※住民登録地が変更になった場合は、住民票の写を提出してください

※代理人が申請する場合は委任状と代理人の身分証明書が必要です