

介護保険資格異動・喪失届

木曾広域連合長 様

介護保険の資格喪失に伴い、下記のとおり届け出ます。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者の欄は申請日のみ記入してください。

申請者	申請日	令和 7 年 10 月 6 日	続柄	妻
	フリガナ	コウイキ ハナコ	電話番号	0264 - 23 - 1050
	氏名	広域 花子		
	住所	〒 399 - 6101 木曾郡木曾町日義 4898 番地 37		介護保険被保険者証に記載されている番号をご記入ください。 わからない場合は空欄で構いません。
※被保険者が死亡の場合、介護保険関係書類はこちらの住所に送付させていただきます。				

被保険者	死亡・転出日	令和 7 年 10 月 5 日	喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡 ・ <input type="checkbox"/> 転出	
	被保険者番号	わかる方はご記入ください。 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8		電話番号	0264 - 23 - 1050
	フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	昭和 7 年 1 月 1 日	
	氏名	広域 太郎			
	住所 (転出先住所)	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			← 転出の場合は、転出先住所をご記入ください。

「介護保険料に還付金が発生した場合の振込先口座」

※被保険者が死亡の場合は、相続人・親族様の口座（本人口座以外）を記載してください。

※還付金等が生じた場合は、その都度振り込み期日、金額等詳細をお知らせいたします。

振込先口座	金融機関	〇〇〇 銀行・信金・金庫 農協・信組	〇〇〇 支店・支所・出張所 本所・本店・営業所
		預金科目	口座番号 (右につめてご記入ください。)
	1 普通 2 当座 3 その他 ()	1 2 3 4 5 6 7	
	ゆうちょ銀行	記号	番号
		1 0	
フリガナ	コウイキ ハナコ	ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、通帳見開きの左上に記載されている記号(5桁)と番号(8桁)をご記入ください。	
口座名義人	広域 花子		

木曾広域連合 記入欄

処理日	メモ	高額	送付先	還付	財務
/	<input type="checkbox"/>	有 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

お問合せ先 木曾広域連合 介護保険係 電話 0264-23-1050
--