

<記入例>
お亡くなりになった場合

介護保険異動届出書

届出者（記入者）の情
報をご記入ください

横浜市

区長

窓口に来た方の氏名 横浜 花子	連絡先（自宅・携帯・勤務先等） TEL 045 (111) 1111
窓口に来た方の住所（代理人の場合のみ記入してください。） 〇〇区〇〇1丁目2番3号	本人との関係 妻

世帯主	
フリガナ	
氏名	
生年月日	西/明・大 昭・平・令
資格異動	
氏名	
氏名	

届出日 令和4年 7月 1日	異動日 令和4年 6月 20日
これからの住所（新住所）〒 届出日欄には届出書を記入した日、異動日欄には死亡日をご記入ください	これからの世帯主の氏名 横浜 花子 明・大・昭・平・令 / 西暦 12・3・4 生
いままでの住所（旧住所）〒 123-456 区 45番地の6	いままでの世帯主の氏名 横浜 太郎 明・大・昭・平・令 / 西暦 10・1・1 生
亡くなられた方の氏名、生年月日、世帯主から見た続柄、性別をご記入ください	
1月1日時点の住所	1月1日時点の世帯主

世帯主の氏名、性別、生年月日をご記入ください。世帯主が変わる場合、左欄に新旧の世帯主についてご記入ください

No.	フリガナ 氏名	生年月日 続柄	介護保険被保険者番号		証交付状況	帳票出力状況
			施設入所状況	要介護認定		
連絡先			被保険者番号		備考	
			個人番号（マイナンバー）			
1	横浜 太郎 (旧姓:)	10.1.1 生 世帯主	介護 有	無	交付 差替	負担割合証 資格者証 受給資格 負担限度額
2	()	明・大・昭・平・令 / 西暦 生	介護 有	無	交付 差替	負担割合証 資格者証 受給資格 負担限度額
3	()	生	介護 有	無	交付 差替	負担割合証 資格者証 受給資格 負担限度額
4	()	明・大・昭・平・令 / 西暦 生	介護 有	無	交付 差替	負担割合証 資格者証 受給資格 負担限度額

以下の場合には国民健康保険のお届けも必要になります
・亡くなられた方が国民健康保険に加入中の場合
・亡くなられた方が国民健康保険上の世帯主となっていた場合

※異動する方全員を記入してください。

資格取得	資格喪失	その他
01 市外転入	11 市外転出	住所変更
02 区間転入	12 区間転出	続柄変更
04 希望者の証交付	13 死亡	世帯変更
05 医療保険加入	15 医療保険離脱	氏名変更
06 65歳到達	17 職権喪失	世帯員の異動
07 職権復活	18 その他喪失	住所地特例該当
08 その他取得	31 適用除外該当	
09 制度施行		
21 適用除外非該当		

No.			保険料収納状況			納付方法
1 完納	2 納付書交付	3 分納納付書交付	4 誓約書受理	5 還付	6 口座振替後に還付	納付書
7 特徴後に還付	8 今期口座停止	9 特徴停止	1 完納	2 納付書交付	3 分納納付書交付	特徴
4 誓約書受理	5 還付	6 口座振替後に還付	7 特徴後に還付	8 今期口座停止	9 特徴停止	特徴

保険証 _____ 枚を受領しました。 年 月 日

氏名 _____

確認書類
運転免許証・パスポート・在留カード等・保険証・介護保険証・住基カード
個人番号カード・その他 () No.

(備考)

受付	入力処理	保留	確認