

| 介 護 保 険 法 施 行 法 第 11 条 <span style="float: right;">適用<br/>非適用</span> 届   |       |           |                  |
|--|-------|-----------|------------------|
| 被保険者<br>記号・番号  |       | 適用<br>非適用 | 年月日<br><br>年 月 日 |
| 被保険者   | 氏 名   | 個人番号      |                  |
|  | 住 所   |           |                  |
| 施 設  | 名 称   |           |                  |
|  | 所 在 地 |           |                  |
| (宛先)珠洲市長<br>上記のとおり届出します。<br><div style="text-align: center; margin: 10px 0;">                         年 月 日                     </div> 世帯主 住 所<br><hr/> 氏 名<br><hr/> 個人番号 電話番号<br><hr/> 届出人 住 所<br><hr/> (世帯主と届出人が同一の場合は記入不要) 氏 名 世帯主との続柄<br><hr/> 電話番号<br><hr/> |       |           |                  |

備考 「施設」の欄は、適用届の場合に記載すること。

| 代理権の確認   | 身元確認(世帯主又は代理人)  | 番号確認  |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等<br><input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 登記事項証明書<br><input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認)<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: ) <input type="checkbox"/> その他( )<br>No. ( )<br>2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード<br><input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他( )<br>No. ( ) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> システム<br><input type="checkbox"/> その他 |