

介護保険被保険者証等喪失届兼再交付申請書

福山市長様

確認	受付
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( )	介護保険課・支所  受付者名

次の証を喪失したので、次のとおり届け出ます。

- 介護保険被保険者証（再交付：必要・不要）  
介護保険資格者証（再交付：必要・不要）

届出年月日	年 月 日
-------	-------

届出者	名前		証喪失者との関係	
	住所	〒		
	事業所名		電話番号	

郵送交付	即時交付
------	------

1	被保険者	被保険者番号		個人番号	
		フリガナ		生年月日	年 月 日
		名前		電話番号	
		住所	〒 □届出者と同じ		
	喪失した場所		不明	喪失年月日	年 月 日
	喪失した理由	<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 置き忘れ <input type="checkbox"/> 落とした <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼却 <input type="checkbox"/> その他( )			
市役所記入欄	保・資	年 月 日交付分	無効告示	要・否	

郵送交付	即時交付
------	------

2	被保険者	被保険者番号		個人番号	
		フリガナ		生年月日	年 月 日
		名前		電話番号	
		住所	〒 □届出者と同じ		
	喪失した場所		不明	喪失年月日	年 月 日
	喪失した理由	<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 置き忘れ <input type="checkbox"/> 落とした <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼却 <input type="checkbox"/> その他( )			
市役所記入欄	保・資	年 月 日交付分	無効告示	要・否	

※2の被保険者が1の被保険者と同一世帯のとき、2の被保険者の住所欄は記入不要です。

資格担当確認	済
--------	---