

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

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）

確 認
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )

		届出年月日	平成27年1月1日
届出者名前	介護 花子	証喪失者との関係	妻
届出者住所	〒720-8501 福山市東桜町3番5号 電話番号 921-2111		

※届出者が本人の場合、届出者の住所欄は記入不要です。

1	被保険者	番 号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	郵送交付・即時交付	
		フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	平成27年1月1日
		名 前	介護 太郎	性 別	<u>男</u> ・女
		住 所	〒720-8501 福山市東桜町3番5号 電話番号 921-2111		
	喪失した場所	<u>不明</u>	喪失年月日	年 月 日	
	喪失した理由	<input type="checkbox"/> 盗難 <input checked="" 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		<u>保</u> ・資	2006年 4月 1日交付分	無効告示	<u>要</u> ・否

2	被保険者	番 号		郵送交付・即時交付	
		フリガナ		生年月日	年 月 日
		名 前		性 別	男・女
		住 所	〒 電話番号		
	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
--------	---