

記入例

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	受付
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他()	介護保険課・支所 受付者名

		届出年月日	令和4年4月1日
届出者	名前	介護 花子	証喪失者との関係 妻
	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。

<input checked="" type="checkbox"/> 郵送交付	<input type="checkbox"/> 即時交付
--	-------------------------------

1	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
	フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	昭和3年3月3日
	名前	介護 太郎	性別	男・女
	住所	〒 福山市東桜町3番5号 電話番号 921-2111		
	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 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	保・資	年 月 日交付分	無効告示	要・否

<input type="checkbox"/> 郵送交付	<input type="checkbox"/> 即時交付
-------------------------------	-------------------------------

2	被保険者番号		個人番号	
	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
--------	---