|  |  |
| --- | --- |
| 確　　認 | 受　　付 |
| □免許証  □保険証  □個人番号カード  □その他（　　　　　　） | 介護保険課・　　　　　 支所  受付者名 |

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 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 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 | | □盗難　□置き忘れ　□落とした　□破損　□汚損　□焼却　□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 | | □盗難　□置き忘れ　□落とした　□破損　□汚損　□焼却　□その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市役所記入欄 | | | 保　･　資 | | | | | | 年　　　　月　　　　日交付分 | | | | | | | | | | | | 無効告示 | | | | | 要　･　否 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 資格担当確認 | 済 |

※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。

　介護－2024.3.12　A4　再生55