

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

届出年月日 2025年1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		
	事業所名		電話番号	084-921-2111

郵送交付 · 即時交付

1	被保険者	被保険者番号	0000123456	個人番号	
		フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	昭和12年12月12日
		名前	介護 太郎	電話番号	084-921-2111
		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 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

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