

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"/> 資格確認書 <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

届出年月日		2025 年 1 月 1 日	
届出者	名 前	介護 花子	
	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12 年 12 月 12 日	
	名 前	介護 太郎	電話番号	084-921-2111	
	住 所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 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	〒 <input type="checkbox"/> 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