

介護保険被保険者資格喪失届 兼 被保険者証等交付・再交付申請書

(兼 介護保険被保険者証未添付理由書)

(あて先) 一 宮 市 長

令和 年 月 日

- 次のとおり資格の喪失を届け出ます (届出者欄、①、②に記入)
- 次の理由により再交付を申請します (希望するものを選択し、届出者欄、①、③に記入)
 被保険者証 負担割合証 負担限度額認定証 その他()
- 被保険者証を添付することが出来ないので届け出ます (届出者欄、①、③に記入)

届出者 (申請者)	住所	〒 _____		
	氏名		被保険者との関係	
	電話番号	() _____		
(名称・担当者) 届出代行者	事業所名			
	氏名		被保険者との関係	
	電話番号	() _____		

①

住所	<input type="checkbox"/> 届出者(申請者)に同じ	被保険者証番号	0	0	0								
		個人番号											
フリガナ													
氏名													
生年月日	明・大・昭	年	月	日									

②

資格喪失日	令和 年 月 日	住基異動日※	令和 年 月 日
-------	----------	--------	----------

※住基異動日の欄には、住民票等の異動日を記入してください。

③

申請理由 (未添付)	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()
本人確認 (再発行のみ)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他() No.

事務処理欄			
見舞金	高額介護	認定申請	
有・無	有・無	有・無	

保険証発行
/ 渡・送

受付
