

## 介護保険 被保険者証等紛失届出書

(宛先) 幸田町長

次のとおり申請します。

|       |           |        |          |
|-------|-----------|--------|----------|
|       |           | 申請年月日  | 令和 年 月 日 |
| 申請者氏名 |           | 本人との関係 |          |
| 申請者住所 | 〒<br>電話番号 |        |          |

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|                  |           |      |       |       |
|------------------|-----------|------|-------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号    |      |       |       |
|                  | フリガナ      |      |       |       |
|                  | 被保険者氏名    | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 月 日 |
|                  |           | 性 別  | 男     | ・ 女   |
| 住 所              | 〒<br>電話番号 |      |       |       |

|               |   |
|---------------|---|
| 紛失した<br>証 明 書 | <ol style="list-style-type: none"><li>1 介護保険被保険者証</li><li>2 介護保険負担割合証</li><li>3 介護保険資格者証</li><li>4 介護保険受給資格証明書</li><li>5 介護保険負担限度額認定証</li></ol> |
|---------------|---|