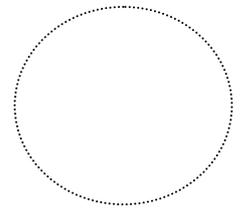


介護保険 被保険者証等 紛失届



城陽市長 様
次のおり届出します。

	届出年月日	年 月 日
届出人氏名 (本人・家族の名前)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出人住所	〒 _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人と同じ 電話番号 _____	

※ご記入は被保険者本人、または家族の自筆に限ります。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0					
	フリガナ									
	氏名 (本人の名前)				生年月日	明・大・昭	年	月	日	
					性別					
住所	〒 城陽市 _____ 電話番号 _____									

紛失した証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 減額認定証等 <input type="checkbox"/> 負担限度額 <input type="checkbox"/> 特定負担限度額 <input type="checkbox"/> 利用者負担額 <input type="checkbox"/> 訪問介護利用者負担額 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人利用者負担
届出の理由	1 紛失 2 焼失 3 その他 (_____)
利用目的	1 認定申請 2 死亡・転出等資格喪失に係る異動届