

# 介護保険被保険者証紛失届出書

久慈広域連合長 様

私は、 ※該当の番号に○

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1 | 介護保険要介護・要支援認定申請書 |
| 2 | 介護予防ケアマネジメント依頼書  |
| 3 | その他 ( )          |

を届出するにあたり、添付すべき介護保険被保険者証を紛失していることを届け出ます。

被保険者証が見つかった場合には、速やかに返却します。

年 月 日

被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒  電話番号 ( )		

※本人以外が申請する場合と同一の申請者氏名、提出代行者名称を記入してください。

申請者氏名	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 包括支援センター	被保険者との関係 (提出代行者は記載不要)
提出代行者名称		
該当の□に✓		
住 所 または 所 在 地	〒  電話番号 ( )	