

課長	係長	係

## 介護保険被保険者証紛失届出書

年 月 日

佐野市長 様

介護保険被保険者証を紛失しました。見つかれば次第、お届けします。

### 〈 届出者 〉

氏名		本人との関係	
住所	〒  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

### 〈 紛失者 〉

被保険者番号										
フリガナ										
被保険者氏名				生年 月日	明・大・昭 年	月	日			
住所	〒  電話番号									

\*以下、佐野市で記入。

確認事項	1 運転免許証 2 身分証明書 3 医療保険証 4 その他 ( )
------	---

処理者

番号 ( )