介護保険　被保険者証等再交付申請書

赤 平 市 長 様

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 　　年　　月　　日　　 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明･大･昭　　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  | 性　　別 | 男　　　・　　　女　　　 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明証 | １．被保険者証２．資格者証３．受給資格証明証４．負担割合証５．限度額証明証６．その他 |
| 申請の理由 | １．紛失･焼失　　２．破損・汚損　３．その他（　　　　　　　　） |

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |