

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 蕪崎市長
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

被保険者番号		個人番号	
フリガナ			生年月日
被保険者氏名			性 別 男 女
住 所	〒 蕪崎市		
電話番号			

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 受給資格証明書 5 認定証（・標準負担額・特定標準負担額・訪問介護・社会福祉法人）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

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

※ 紛失により生じる事故等については、当方で一切の責任を負い、貴市に迷惑をかけることを誓約し、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納します。

※ 破損、汚損の場合は、その被保険者証を添えてください。

- 市確認欄
- ・ 再交付（裏面に証書のコピーを添付）
 - ・ 再交付省略（ ・ 認定（更新）申請 ・ 死亡等による資格喪失 ）
 - ・ 1点確認（個 ・ 免 ・ 介 ・ 障 ・ その他（ ））
 - ・ 2点確認（保 ・ 医 ・ 後 ・ 負 ・ 限 ・ 年 ・ その他（ ））