

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

大船渡市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成	年	月	日
申請者氏名			被保険者との関係			
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					
	氏名			生年月日	明・大・昭	年 月 日
				性 別	男	・ 女
	住 所	〒				電話番号

再交付する 証明書	<ol style="list-style-type: none"><li>1 被保険者証</li><li>2 受給資格証明書</li><li>3 負担限度額認定証</li><li>4 介護保険利用者負担減額・免除認定証</li><li>5 負担割合証</li><li>6 その他 ( )</li></ol>
申請の理由	<ol style="list-style-type: none"><li>1 紛失・焼失</li><li>2 破損・汚損</li><li>3 その他 ( )</li></ol>

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	
--------	--	---------------	--