

介護保険 被保険者証等再交付申請書

御前崎市長 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				
	フリガナ			生年月日	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	<ol style="list-style-type: none"> 1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証 5 社会福祉法人等利用者負担減額確認証 6 利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 7 特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 8 負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼却 2 破損・汚損 3 未着 4 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	
--------	--	---------------	--

申請者確認事項

申請者確認書類	1 運転免許証 2 健康保険証 3 その他 ()
---------	---------------------------

受領者署名欄	
--------	--