介護保険 被保険者証等再交付申請書

広　陵　町　長　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申請年月日 | 令和　　 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 |  | | | | | | | | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | （　 　） | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証　明　書 | 1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 負担割合証 5. 負担限度額認定証 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 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者  確認欄 | 個人  番号 | □有 → 【確認】個人番号カード・通知カード  □無　　　　　　免・割・医保・その他（　　　　　　） | 備考 |  |
|