## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

宿毛市長 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 ｶﾞ ﾅ |  | 生年月日 | 明・大・昭・平　 年 月 日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 住 所 | 〒 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　その他（　　　　　　　　　　　） |
|  | 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 |  |