

介護保険 被保険者証等再交付申請書

榛 東 村 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	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男・女
	住所	〒 電話番号		

再交付する 証明書 (認定証)	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 特定負担限度額認定証(旧措置入所者) 7 利用者負担減額・免除認定証(旧措置入所者) 8 利用者負担軽減確認証(社会福祉法人等) 9 利用者負担額減額認定証(法施行時の訪問介護利用者等)
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	
--------	--	-------------------	--

受 付	受付日	受付者	処理日	処理者
	/		/	