

介護保険 被保険者証等再交付申請書

森 町 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	明・大・昭	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 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証
申請の理由	1 紛失・消失 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	
--------	--	---------------	--

記載例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

森 町 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	森町 太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒 049-0000 森町字御幸町000-000 電話番号 000-0000-0000		

※ 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

介護保険証に記載されている被保険者番号を記入して下さい。

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号															
	フリガナ	もりまち はなこ											生年月日	明・大 昭 ○年 ○月 ○日				
	被保険者氏名	森町 はな子																
住 所	〒 049-0000 森町字御幸町000-000 電話番号 000-0000-0000																	

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input checked="" type="checkbox"/> 3 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 4 負担割合証
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・消失 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	国民健康保険	医療保険被保険者証記号番号	○○○○○○○○
--------	--------	---------------	----------

被保険者が40~64歳の
ときのみ記入して下さい。