

介護保険 被保険者証等再交付申請書

記入例

始良市長 様

次のとおり申請します。

※お手続きの際は、申請者の身分証明証をご提示ください。

※申請者について、太枠線内をご記入ください。

申請年月日	平成26年 4月 1日		
申請者氏名	始良 花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒899-5492 始良市宮島町25番地		電話番号 0995-66-3111

※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

※再交付を希望されている本人様（被保険者）について、太枠線内をご記入ください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 0 0	← 介護保険被保険者証に記載された番号です。		
	フリガナ	アイラ タロウ		生年月日	明・(大)・昭 年 月 日
	被保険者氏名	始良 太郎		性別	(男) ・ 女
	住所	〒899-5492 始良市宮島町25番地		電話番号 0995-66-3111	

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 負担限度額認定証 5 その他 ()	再交付を希望する証明書等とその理由をご記入ください。
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
--------	---------------

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方については、医療保険者名および保険証の記号番号(※医療保険被保険者証に記載されています)をご記入ください。

課長	課長補佐	係長	係