

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

東庄町長 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 | 〒 _____<br>_____ 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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |                             | 個人番号 |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ   |                             |      |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者氏名 |                             |      |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 生年月日   |                             | 年    | 月 | 日 | 性 | 別 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住所     | 〒 _____<br>_____ 電話番号 _____ |      |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |   |
|--------------|---|
| 再交付する<br>証明書 | 1 被保険者証<br>2 負担割合証<br>3 負担限度額認定証<br>4 資格者証<br>5 受給資格証明書 |
| 申請の理由        | 1 紛失・焼失<br>2 破損・汚損<br>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<br>記号番号 |  |
|--------|--|-------------------|--|