介護保険　被保険者証等再交付申請書

　　　白子町長　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 | |  | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | |
| 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・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 |  |