

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

浅口市長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所			

※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 す る 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                      4 負担限度額認定証 2 資格者証                              5 負担割合証 3 受給資格証明書                      6 その他(                                      )
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	
--------	--	---------------	--

※市処理欄

	事業対象者認定	有 ・ 無	受付者	受 付 印
交付状況	<input type="checkbox"/> 本人、同一世帯員の確認により窓口交付 <input type="checkbox"/> 上記の者以外の申請により郵送( / 郵送) <input type="checkbox"/> 認定申請と同時となるため資格者証の交付 (窓口 ・ 郵送 ・ 調査時交付)			
申請者 確認書類	<input type="checkbox"/> 顔写真入り 身分証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 (                                      )			