

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

外ヶ浜町長 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		被保険者との関係	
申請者住所	〒  電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要。

被保険者番号									
ふりがな								生年月日	大・昭
被保険者氏名									年 月 日
								性別	男・女
住所	〒  電話番号								

再交付する証明書等	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 特定負担限度額認定証 5 旧措置入所者負担額減額免除等認定証 6 社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証 7 その他 ( )
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ( )

第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	
--------	--	---------------	--