

様式第4号(第7条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

いの町長 様

次のとおり申請します。

|       |           |        |       |
|-------|-----------|--------|-------|
| 個人番号  |           | 申請年月日  | 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   |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|                  | 被保険者氏名 |           | 性 別  | 男 ・ 女 |
|                  | 住 所    | 〒<br>電話番号 |      |       |

|          |   |
|----------|---|
| 再交付する証明書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 認定証等( ) |
| 申請の理由    | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他( )                    |

|        |  |               |  |
|--------|--|---------------|--|
| 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歳までの医療保険加入者)のみ記入