別記様式第4号(第6条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

様

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　　　　　　　　　　 |
| 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 個人番号  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日  | 　　　　　　　　　　　性別　　　 |
| 住 所 | 〒 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再交付する証明書 | 　 　 　 | 被保険者証 資格者証 受給資格証明書 |
| 申請の理由 | 　 | 紛失・焼失 | 　 | 破損・汚損 | 　 | 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 医療保険被保険者証番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　  |