

介護保険 被保険者証等再交付申請書

日高町長 様

次のとおり申請します。

また、被保険者証等の証明書紛失のために生じた事故については、貴町に負担をかけないことを誓約します。なお、被保険者証等を発見したときは、直ちに返納いたします。

○被保険者の住所・氏名等をご記入ください。

申請年月日	令和	年	月	日							
フリガナ 被保険者氏名					生年月日	大・昭	年	月	日		
					被保険者番号	3	8	2			
					電話番号	()					
住 所	〒										

○申請者の住所・氏名等をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 同上(上記の被保険者と同じ場合は、レを入れてください。)				
申請者氏名			被保険者との関係	同一世帯人・代理人()
			連絡先電話番号	()
住 所	〒			

○再交付する証等についてご記入ください。

再交付する証等	1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
	4 負担限度額認定証	5 負担割合証	6 その他()
再交付の理由	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)のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険者番号	
被保険者名		被保険者番号	記号 番号