

記載例

## 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	令和〇〇年〇〇月〇〇日										
フリガナ 被保険者氏名	ヒダカ タロウ	生年月日	大 昭 3年 3月 3日								
	日高 太郎	被保険者番号	3	8	2	0	0	1	1	1	1
		電話番号	0738 ( 63 ) 2051								
住 所	〒 649-1213 日高郡日高町大字高家626番地										

○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	日高 花子	被保険者との関係	同一世帯人 代理人( )
		連絡先電話番号	0738 ( 63 ) 2051
住 所	〒 同 上		

○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