介護保険　被保険者証等再交付申請書

大田原市長　様

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 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 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証　明　書 | １　被保険者証  ２　資格者証  ３　受給資格証明書 |
| 申請の理由 | 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 | | | |
| 医療保険者名 |  | 医療保険  被保険者証記号番号 |  |

市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 付 日 | |  | |
| 確 認  事 項 | * 身 元 確 認 | | 取 扱 者 印 |
| * 番 号 確 認 | |  |
| □　　番 号 職 権 記 載 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 受　　付 | 発　　行 |
|  |  |