|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 町長 | 副町長 | 理事 | 課長 | 課員 |
|  |  |  |  |  |

介護保険　被保険者証等再交付申請書

上板町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | 申請年月日 | 令和　　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | ４ | ０ | ５ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 被保険者氏名 |  |  | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭年　　月　　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　－　　　　－　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証　明　書 | １　被保険者証　　　 　2　負担割合証３　資格者証　　　　 　4　受給資格証明書５ 負担限度額認定証 　6　その他（　　　　　　　　　　　　）　 |
| 申請の理由 | １　紛失・消失　　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 |  |

|  |
| --- |
| 市町村受付時記載欄 |
| 本人確認書類 | * 個人番号カード　□ 運転免許証
* 医療保険証　　　□ 介護保険証
* その他(　 　　　　)
 | 担当者印 |
|  |