

介護保険 被保険者証等再交付申請書

三沢市長 殿

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			被保険者との関係			
申請者住所 <small>※申請者が被保険者の場合は記入不要です</small>	〒		-		電話番号() -	

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						
	被保険者氏名															性別	男 ・ 女													
	住所	〒		-																電話番号()	-									

下記書類の再交付を願います。

本人氏名

申請者が代理人の場合は、被保険者本人が同意する署名をしてください。

※本人氏名が代筆の場合、代筆者氏名を記入してください。

代筆者氏名

(続柄:)

再交付する書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証	
	<input type="checkbox"/> 資格者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証	
	<input type="checkbox"/> 受給資格証明書	<input type="checkbox"/> その他 ()	
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失	<input type="checkbox"/> 破損・汚損	<input type="checkbox"/> その他 ()

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は、次の欄にも記入してください。

医療保険者名		医療保険者証記号番号	
--------	--	------------	--

※注

- 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。
- 第2号被保険者の場合は、医療保険被保険者証を提示してください。
- 被保険者証を破損または汚損した場合はその被保険者証等を添付してください。
- 被保険者証等の再交付を受けた後に紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに発見した被保険者証等を返還してください。

申請者確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証〔	〕	<input type="checkbox"/> 医療保険証〔	〕	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー
	<input type="checkbox"/> 職員確認欄〔	〕	<input type="checkbox"/> その他〔	〕〔	〕

受付者〔