

介護保険 被保険者証等再交付申請書

栃木県下野市長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 ① <div style="text-align: right;">電話番号</div>	

※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
	被保険者氏名	②	性別	男 ・ 女
	住所	〒 <div style="text-align: right;">電話番号</div>		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給者資格証明書 ③ 4 負担限度額認定証 5 その他の書類()
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	④	医療保険被保険者証記号・番号
--------	---	----------------

① 申請者の氏名、住所等をご記入ください。申請者が被保険者本人の場合には、

申請者住所、電話番号は記載不要です。

- ② 被保険者の氏名・被保険者番号・個人番号等をご記入ください。
- ③ 再交付する証明書、再交付を求める理由に○をつけてください。
- ④ 被保険者が40歳から64歳の方の場合は、医療保険者名等をご記入ください