

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

鳥取県境港市長 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 | 〒 —<br>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<br>保<br>険<br>者 | フリガナ   |             | 被保険者番号 |             |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |
|                  | 被保険者氏名 |             | 個人番号   |             |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
|                  |        |             | 生年月日   | 明・大・昭 年 月 日 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
|                  | 住所     | 〒 —<br>電話番号 |        |             |  |   |   |   |   |  |  |  |  |

|                |   |
|----------------|---|
| 再交付する<br>証 明 書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 負担割合証<br>4 受給資格証明書<br>5 負担限度額認定証<br>6 その他( ) |
| 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 |  |
|--------|--|---------------|--|