

介護保険 被保険者証等交付・再交付申請書

糸魚川市長 様

年 月 日

次のとおり申請します。

1 申請者

住 所	〒	電 話	
フリガナ		本人との関係	
氏 名			

2 被保険者

被保険者番号		個人番号	
住 所	<input type="checkbox"/> 1と同じ <input type="checkbox"/> 1と異なる場合	〒	電話
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

医 療 保 険 者 名	医 療 保 険 被 保 険 者 証 記 号 番 号

3 交付又は再交付を求めるもの

新規交付	<input type="checkbox"/> 被保険者証		
再 交 付	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> (特定)負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 利用者負担額減額・免除等認定証 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証	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 ( )

注1 第2号被保険者の場合、申請の際に医療保険の被保険者証の提示が必要となります。

(受給資格証明書、(特定)負担限度額認定証、利用者負担額減額・免除認定証、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証、負担割合証の再交付の際は不要)

- 再交付申請理由が、紛失・焼失以外の場合には、被保険者証等を添付してください。
- 該当する項目の□に✓印をつけてください。