

介護保険 被保険者証等再交付申請書

高鍋町長 様

次のとおり申請します。

		申請日	年	月	日
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
	氏名		性別	男	・ 女
	住所	電話番号 — —			

※代理申請（被保険者本人以外の申請）のみ記入

申 請 者	氏名		被保険者との関係	配偶者 ・ 子 ・ その他（ ）
	住所	電話番号 — —		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 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	
--------	--	-------------------	--

※職員記入欄

来庁者：被保険者本人 / 代理

・ 運転免許証 / マイナンバーカード ・ 通帳 / キャッシュカードと保険証

(No.) (口座番号) (保)

※マイナンバーの場合は有効期限を記入