

介護保険 被保険者証等再交付申請書

安来市長 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	〒 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 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			個人番号
	氏 名			生年月日
	住 所	〒		
		明・大・昭 年 月 日		

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 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
--------	---------	-----------

本 人 確 認	確 認 方 法 お よ び 内 容		確 認 者 印
	書類の提示	運・保・福・介・年・生・通 その他()	
市職員による	所属 _____ 氏名 _____		
質問による	内容:		