別記様式第２号（第５条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

　　　福生市長　宛て

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 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 |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 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　介護保険料納入通知書５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　２　破損・汚損　３　その他（　　　　） |
| 交　付 | １　窓口　　　　２　郵送 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人確認欄 | 健康保険証・シルバーパス・診察券・住基カードキャッシュカード・免許証・その他（　　　　） |  |
|  | 担当者 |
|  |  |