

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 | | |
| | | 性別 | 男 | 女 |
| 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 |
| |