介護保険　被保険者証等再交付申請書

福生市長　様
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・電話番号は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒電話番号 |

＊個人番号欄は、1，3，4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 再 交 付 す る証　 明　 書 | 1. 被保険者証
2. 資格者証
3. 負担限度額認定証
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 |  |