介護保険被保険者証等再交付申請書

我孫子市長　あて

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です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | | | |  | | | 個人番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付する証明書 | | | | １　被保険者証　　２　資格証　　３　受給者証明書  ４　負担割合証　　５　負担限度額認定証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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歳までの医療保険加入者）のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者名 | | |  | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | |

【市役所使用欄】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 課長 | 主幹 | 係長 | 担当 | 身分証明書確認 | 発行管理 |
|  |  |  |  | マイナンバーカード・運転免許証　健康保険証・その他（　　　　　） | 済・未 |