

介護保険 被保険者証等交付・再交付申請書

石巻市長 様
次のお通り申請します。

	申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	Ⓜ	本人との関係
申請者住所	〒 ー	
	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											
	個人番号											
	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏 名						性 別	男 ・ 女				
	住 所	〒 ー										
		電話番号 ()										

交付する 証 明 書	1 被 保 険 者 証 (交 付 ・ 再 交 付) 2 負 担 割 合 証 (交 付 ・ 再 交 付) 3 負 担 限 度 額 認 定 証 (再 交 付) 4 資 格 者 証 (再 交 付) 5 受 給 資 格 証 明 書 (再 交 付)
再 交 付 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		医療保険被保険者記号番号	
--------	--	--------------	--

※医療保険被保険者証の写し添付