様 式 第 3 号

介護保険　被保険者証等交付・再交付申請書

石巻市長　様
次のとおり申請します。

		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	〒 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	番　号											
	フリガナ									生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
	氏　名									性　別	男　・　女	
	住　所	〒 電話番号										

交付する証明書	1　被保険者証　　（　交付　・　再交付　） 2　資格者証　　（　再交付　） 3　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		医療保険被保険者証記号番号	

※　医療保険被保険者証の写し添付