様 式 第 ３ 号

石巻市長　様

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 令和　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 〒　　　－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