

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先)流 山 市 長

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。

申請者住所	〒 電話番号 ()
-------	-------------------

被 保 険 者	被保険者番号										個 人 番 号										
	フリガナ																				
	被保険者氏名											生年月日		明・大・昭 年 月 日							
	住 所	〒 電話番号 ()																			

再交付する証明書 (番号を○で囲む)	1 介護保険被保険者証 2 介護保険負担割合証 3 介護保険負担限度額認定証 4 介護保険特定負担限度額減額認定証(旧措置入所者) 5 資格者証 6 受給資格証明書 7 利用者負担額減額・免除認定証 8 利用者負担額減額・免除認定証(旧措置入所者)
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

※5～8の再交付の場合は、個人番号の記載は必要ありません。

※第2号被保険者(40 歳以上 64 歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。
医療保険の被保険者証

医 療 保 険 者 の 名 称	
医 療 保 険 者 の 番 号	
医 療 保 険 者 の 住 所	〒 電話番号 ()
医療保険被保険者証記号番号	

※医療保険被保険者証をご提示ください。必要部分の複写をご了解願います。