様式第4号(第16条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

　　永平寺町長　　　　様

　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　―電話番号　　(　　)　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | 　1　被保険者証　2　資格者証　3　受給資格証明書　4　負担限度額認定証　5　負担割合証 |
| 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 | 　 |