

※注意※

支所に提出された場合、各証明書等は後日支所での交付または郵送での交付(原則被保険者宛)となります。

記載例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

山田町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 xx 年 x 月 x 日
申請者氏名	山田 太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒xxx-xxxx 宮古市○○○xx-xx 電話番号 xxx-xxx-xxxx		

* 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	0 0 0 0 x x x x x x			
	フリガナ	ヤマダ カイゴノスケ			
	被保険者氏名	山田 介護之介	生年月日	明・大・昭 xx 年 xx 月 xx 日	
			性別	○男 ・ 女	
住所	〒xxx-xxxx 山田町八幡町xx-xx 電話番号 xxxx-xx-xxxx				

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