

介護保険 被保険者証等再交付申請書

穴水町長 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 |
| | 被保険者氏名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 住 所 | 〒927- | | |
| | | 穴水町字 | | |
| | | 電話番号 | | |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---------|------------|--------|-------------------------------|-----------|---------|
| 再交付する 証明書 | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 被保険者証</td> <td style="width: 50%;">4 負担限度額認定証</td> </tr> <tr> <td>2 資格者証</td> <td>5 過疎地等における特別地域加算に係る利用者負担減額認定証</td> </tr> <tr> <td>3 受給資格証明書</td> <td>6 負担割合証</td> </tr> </table> | 1 被保険者証 | 4 負担限度額認定証 | 2 資格者証 | 5 過疎地等における特別地域加算に係る利用者負担減額認定証 | 3 受給資格証明書 | 6 負担割合証 |
| 1 被保険者証 | 4 負担限度額認定証 | | | | | | |
| 2 資格者証 | 5 過疎地等における特別地域加算に係る利用者負担減額認定証 | | | | | | |
| 3 受給資格証明書 | 6 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 | |
|--------|--|---------------|--|