

介護保険 被保険者証等再交付申請書

角 田 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・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0	2	0	0							個人番号														
	フリガナ												生年月日			大正・昭和 年 月 日										
	氏 名																									
	住 所	〒																								
		電話番号																								

*個人番号欄は、1, 3, 4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 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 記 号 番 号
--------	---------------------

課 長		補 佐		係 長		係 員		受 付	
再交付年月日		令和 年 月 日							
<p style="text-align: center;">【 確 認 欄 】</p> <p>申請者 <input type="checkbox"/>被保険者本人 <input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>子 <input type="checkbox"/>兄弟姉妹 <input type="checkbox"/>親 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>公的証明書 <input type="checkbox"/>市職員の確認（ ） <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>交付方法 <input type="checkbox"/>申請者へ交付 <input type="checkbox"/>郵送による交付</p> <p>申請者による個人番号記載 有 ・ 無</p> <p>身元確認方法 <input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>									