

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) えびの市長

次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|------|----|---|--------|---|---|---|
| 申請者 | 氏名 | 印 | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | | 本人との関係 | | | |
| 電話番号 | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|--------|------|---|---|---|-----|
| 被保険者番号 | | 個人番号 | | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 |
| 被保険者氏名 | 印 | | | | | 男・女 |
| 被保険者住所 | えびの市大字 | | | | | |

| |
|--|
| 再交付する証明書 |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 標準負担額減額認定証 5. 利用者負担減免認定証 6. 特定標準負担額減額認定証 7. 旧措置入所者利用者負担額減免認定証 8. 負担割合証 |

| |
|---|
| 申請の理由 |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. 未着 4. 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 | 被保険者証記号番号 |
|--------|-----------|