|  |
| --- |
| **介護保険 被保険者証等再交付申請書** |

桑折町長 様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 届出年月日 | 令和　 年 　月 日 |
| 申請者 | * 本 人
* 代理人

（親族） | 代理人氏名 | 被保険者との関係 |
| 代理人住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　 （　 ） |

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | フ リ ガ ナ |  |
| 氏 　名 |  |
| 住 　所 | 〒  電話番号 （　 ） |
| 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付する証書等 | 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．特定負担限度額認定証　　６．負担割合証７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請理由 | １．紛失・焼失　　　　２．汚 損・破 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）の方は、下欄にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者 | 事業所名 |  |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  （　 ） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険者処理欄** | 受付年月日 | 　令和　　　　.　　　　. | 備 考 | □番号確認（個人番号カード・通知カード・住民票）□身元確認（運転免許証・健康保険証・その他） |
| 発行区分 | □即日(確認　　　　　　　 　　　　　 ）□郵送(令和 　　.　 　． 　） |
| 旧被保険者証等回収 | □回収　　□未回収　　□回収不能 |