

介護保険 被保険者証等再交付申請書

登別市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係
申請者住所	〒 電話番号		

◎太枠内をご記入ください。

\*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	個人番号													
	被保険者番号											生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
	フリガナ											性別	男 ・ 女	
	被保険者氏名													
	住所	〒 電話番号												

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	
--------	--	--	---------------	--

再 交 付 す る 証 明 書	1 介護保険被保険者証	2 介護保険負担割合証
	3 介護保険資格者証	4 介護保険受給資格証明書
申請の理由	5 介護保険負担限度額認定証 6 その他( )	
	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他( )	

《交付方法》

1 郵送	(住所以外の送付先)	2 窓口交付 (受領印)	
------	------------	-----------------	--

《本人確認方法》

確 認 書 類	1 健康保険証	2 運転免許証	担当者名 :
	3 その他( )		