

### 介護保険 被保険者証等再交付申請書

浜田地区広域行政組合管理者 様

次のとおり申請します。

|       |        |          |
|-------|--------|----------|
| 申請者氏名 | 申請年月日  | 令和 年 月 日 |
| 申請者住所 | 本人との関係 |          |
|       | 〒      | 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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |      |       |       |
|                  | フリガナ   | 個人番号 |       |       |
|                  | 氏 名    | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日 |
|                  | 住 所    | 〒    |       |       |

|                |   |
|----------------|---|
| 再交付する<br>証 明 書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 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<br>被保険者証記号番号 |
|--------|-------------------|