 様式第13号（第16条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |
| ＊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 | 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 | | |
| 性　　別 | | 男 ・ 女 | | |
| 住　　　所 | | 〒 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | 再交付する  証　明　書 | | １　被保険者証 | | | | | | | |  |
| ２　資格者証 | | | | | | | |
| ３　受給資格証明書 | | | | | | | |
| 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 | | | |  | |  |
| 被保険者証記号番号 | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります