

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

栗山町長様

次のとおり申請します。

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

|              |                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------|
| 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                          |
| 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 |
|--------|---------------|