

様式第4号

介護保険 被保険者証等再交付申請書

坂祝町長                      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 | 〒<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 | 被保険者番号        |  |        |             |  |
|                  | フリガナ          |  |        |             |  |
|                  | 被保険者氏名        |  | 生年月日   | 年    月    日 |  |
|                  |               |  | 性    別 | 男    ・    女 |  |
| 住            所   | 〒<br><br>電話番号 |  |        |             |  |

|          |                                                                                      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 再交付する証明書 | 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番号 |  |
|--------|--|--------------|--|