様式第４号（第５条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

当麻町長　　　あて

　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 　 月 　 日 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　負担限度額認定証  ５　利用者負担額減額免除・免除認定証  ６　特定負担限度額認定証  ７　旧措置入所者利用者負担額減額・免除等認定証  ８　負担割合証 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　２　破損・汚損　３　その他（　　　　　　　　） |

　第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 |  |