

介護保険 被保険者証等再交付申請書

南幌町長 へ

次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。

なお、被保険者証等を紛失した場合で、再交付を受けた後に、紛失した被保険者証等を発見した場合は、旧被保険者証等をすみやかに返還します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	1 本人 2 親族 () 3 その他 ()
申請者住所	〒 電話番号 () -		
委任欄	<input type="checkbox"/> 上記の者に、この申請に関することを委任します。		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号 () -		

再交付する 証明書等	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 受給資格証明書
	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担減免確認証
	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 資格者証	
再交付 の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）は、以下も記入してください。

医療保険者番号							医療保険者名	
医療保険被保険者証	記号						番号	