**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

　　南 幌 町 長　　あて

　　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 | □　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 | □　被保険者証□　負担割合証□　負担限度額認定証□　資格者証 | □　受給資格証明書□　社会福祉法人等利用者負担減免確認証□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 再交付の理由 | 　　□　紛失　　　□　破損・汚損　　□　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 |  |