

介護保険被保険者証等再交付申請書

安芸高田市長 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 | 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 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 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 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 7 その他() |
| 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 | |
|--------|---------------|--|

※以下市、担当課使用欄

| | | | | | |
|-----------|---|------|----|----|-----|
| 起案: 年 月 日 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 起案者 |
| 決裁: 年 月 日 | | | | | |
| 施行: 年 月 日 | | | | | |
| 施行方法 | <input type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 普通郵便 <input type="checkbox"/> 簡易書留 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |