

介護保険 被保険者証等再交付申請書

野々市市長 宛
次のとおり申請します。

申請年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

被保険者の代理人の氏名		被保険者との関係	1 家族(続柄) () 2 その他 ()
被保険者の代理人の住所	〒 — 電話番号 () —		

※申請者が被保険者本人の場合、上記の代理人の氏名、被保険者との関係、住所の欄は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 — 電話番号 () —		

該当するものに○をつけてください。

再交付する証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 負担限度額認定証
申請の理由	1 紛失・焼失 → 身分証明書を提示して下さい 2 破損・汚損 → その被保険者証若しくは負担割合証を添えて下さい 3 その他 ()

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号
--------	--	-------------------

保険者記入欄 ※記入しないでください						
受 付	証 回 収	再 交 付	代理権確認	済・不可		
			身元確認	済・不可	運転免許証、個人番号カード、	