介護保険　被保険者証等再交付申請書

東北町長殿

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | 印 | 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 | | | | | | 明・大・昭　　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　　　負担割合証  ３　　　負担限度額認定証 |
| 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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処理 | 窓口処理 | 年　　　月　　　日 |
| 郵送処理 | 年　　　月　　　日 |