第５号様式

介護保険　被保険者証等再交付申請書

平群町長　殿

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 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は、申請者住所の欄の記載は不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 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　資格者証  ３　受給資格証明書  ４　負担割合証 |
| 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歳以上６５歳未満の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証  記　 号　 番　 号 |  |