介護保険　被保険者証等再交付申請書

志木市長　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・電話番号は記入不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 |  |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 性別 | 男　　　　女 |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　　　（　　　　　） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | １　被保険者証　　　　　　　　　　　　　５　その他（　　　　　　　　　　　）  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（　　　　　　） |
| 交付 | １　窓口　　　　　　　　　　２　郵送 |

* 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 |  |
| 医療保険被保険者記号番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受付 | 入力 | 身分証確認 |
|  |  |  |