

介護保険 被保険者証等再交付申請書

三木町長 様

【申請年月日】 令和 年 月 日

申請者	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 ー 電話番号() ー		

※居宅介護支援事業所等が代理で提出する場合は、申請者欄に事業所名及び所在地を記入してください。

※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です。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女
	住所	〒 ー 木田郡三木町大字 電話番号()ー ー		

再交付を申請する証明書	1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. 受給資格証明書 4. 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()

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、次の欄も記入してください。

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

申請者確認欄	1. 運転免許証 2. 身分証明書 3. 介護保険料通知書 4. 年度介護保被保険者証 5. その他()
--------	--

(注) 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。