介護保険 被保険者証等再交付申請書

# 隠岐広域連合長 様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 令和 | 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 |  |  |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 氏 名 |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |  |  |  |
|  | ５ | 負担限度額認定証 |  |  |  |  |  |
| 再交付する |  |  |  |  |  |  |  |
| 証 明 書 |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由 | １ | 紛失・焼失 ２ 破損・汚損 | ３ | 記載内容の変更 | ４ | 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 |  |