

介護保険被保険者証等再交付申請書

長浜市長 あて

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、申請者住所及び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										
	被 保 険 者 氏 名	生年月日	年 月 日								
	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 5 介護保険負担限度額認定証 6 介護保険特定負担限度額認定証 7 その他 ()
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	
------------	--	-------------------	--

【市記入欄】

窓口発行 (/)	本人確認書類		郵送 (/)	確認事項	✓	担当印
	免許証 マイナンバー 保険証 その他 ()			送付先（異送付の有無）		
				封入時ダブルチェック		