介護保険　被保険者証等再交付申請書

泉南市長　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 | | |  | | | | | | | | | | | | 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です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭  　　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 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　負担限度額認定証  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | | １　紛失・消失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 以下は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 | | | |  | |