

介護保険 被保険者証等再交付申請書

_____ 阿賀町長 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・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 _____ 電話番号		

再交付する 証明書	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1 被保険者証</p> <p>2 資格者証</p> <p>3 受給資格証明書</p> <p>4 負担割合証</p> <p>5 負担限度額認定証</p> </div> <div style="width: 50%; font-size: small;"> <p>* 申請者が被保険者と異なる場合は、 被保険者及び申請者の身分を証明 する書類</p> </div> </div>
申請の理由	<p>1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()</p>

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記載

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	
--------	---------------	--