

介護保険 被保険者証等再交付申請書

市川町長様

次のとおり申請します。

また、被保険者証等の証明書紛失のため生じた事故については、貴町に負担をかけないことを誓約いたします。なお、被保険者証等の証明書を発見したときは、直ちに返納します。

		届出年月日	令和 元 年 5 月 1 日	
申請者	氏名	ひまわり 次郎	被保険者との関係	子
	住所	〒 _____ 電話 (_____)		
		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ		

※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	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4
	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	フリガナ	ヒマワリ タロウ
	氏名	ひまわり 太郎
	住所	〒 _____ 電話 (_____)

生年月日	明(大)・昭 14 年 1 月 1 日
性別	(男) ・ 女

○再交付する証等についてご記入ください。

証の種類	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
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
--------	---------------

処 理 欄	受 付	発 行 区 分	旧被保険者証回収
		<input type="checkbox"/> 即日(確認日: . .) <input type="checkbox"/> 郵送(送付日: . .)	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 回収不能