

様式第4号(第6条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

士別市長 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 |        |       |

※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

|                  |        |           |      |       |
|------------------|--------|-----------|------|-------|
| 個人番号             |        |           |      |       |
| 被<br>保<br>険<br>者 | ふりがな   |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|                  | 被保険者氏名 |           | 性別   | 男 ・ 女 |
|                  | 住所     | 〒<br>電話番号 |      |       |

|          |            |               |            |
|----------|------------|---------------|------------|
| 再交付する証明書 | 1. 被保険者証   | 4. 介護保険負担限度額証 |            |
|          | 2. 資格者証    | 5. 介護保険負担割合証  |            |
|          | 3. 受給資格証明書 | 6. その他 ( )    |            |
| 申請の理由    | 1. 紛失      | 2. 破損・汚損      | 3. その他 ( ) |

2号被保険者のみ記入

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