

介護保険 被保険者証等再交付申請書

三木町長 あて
次のとおり申請します。

		申請年月日	平成	年	月	日
申請者氏名	Ⓜ	被保険者との関係				
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
※ 事業所が申請する場合は事業所印を押印してください

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名							性別	男 ・ 女
	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
申請の理由	1. 紛失・消失 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	
--------	--	-------------------	--

申請者確認欄

申請者確認書類	1. 運転免許証 2. 身分証明書 3. 介護保険料通知書 4. 平成 年度介護保被保険者証 5. その他()
---------	---

注) 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。