# 介護保険　被保険者証等再交付申請書

岩泉町長　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 | 〒<br>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 | | | |
| | 被保険者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| | | | 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<br>2　資格者証<br>3　受給資格証明書<br>4　負担限度額認定証<br>5　負担割合証<br>6　その他（　　） |
| 申請の理由 | 1　紛失・焼失　2　破損・汚損　3　その他（　　） |

＊　第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 | |