

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

宮崎市長様

次のとおり申請します。

			申請年月日	令和 年 月 日
申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 電話番号 ( ) -		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所・電話番号は記入不要

被保険者	被保険者番号	0 0				
	フリガナ			個人番号		
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
		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 負担割合証 3 資格者証 4 受給資格証明書 5 負担限度額認定証 6 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者に関する認定証） 7 特定負担限度額認定証（旧措置入所者に関する認定証） 8 訪問介護利用者負担額減額認定証 9 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 10 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歳までの医療保険加入者）のみ記入

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

(伺い) 上記のとおり再交付してよろしいか。

伺い年月日 令和 年 月 日    決裁日 令和 年 月 日

課長	課長補佐	係長	担当者

受 付 印

交付 未・済