

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