様式第5号（第10条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

かすみがうら市長　様

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 届出者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　ＴＥＬ　　　　（　　　）　　　　　 |
| ※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 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　ＴＥＬ　　　　　（　　　　）　　　　　　　 |
|  |
| 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 | ４　負担限度額認定証５　負担割合証 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　　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）のみ記載** |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |