**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

小国町長　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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

＊個人番号欄は、1，3，4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | 　1　被保険者証　2　資格者証　3　負担限度額認定証　4　負担割合証　5　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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）のみ記入

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

※２号被保険者が負担割合証を再交付する場合は、「医療保険者名」及び「医療被保険者証記号番号」の

記入は不要です。