

赤字→必須、青字→該当すれば記入

介護保険被保険者証等再交付申請書

新地町長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日

令和〇年×月□日

申請者氏名	新地 太郎	被保険者との関係	夫
申請者住所	〒979-2702 福島県新地町〇〇字×× 電話番号 0244-〇〇-〇〇		

\*申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	個人番号																			
	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	フリガナ	シンチ ハナコ																		
	被保険者氏名	新地 花子													生年月日	昭和〇年×月□日				
															性別	男・(女)				
住所	〒979-2702 福島県新地町〇〇字×× 電話番号 0244-〇〇-〇〇																			

再交付する 証明書	<p>① 被保険者証 ② 資格者証 ③ 受給資格証明書 ④ その他 (介護保険負担割合証)</p>
申請の理由	<p>① 紛失・焼失    ② 破損・汚損    ③ その他 (    )</p>

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	〇〇健康保険 組合	医療保険被保険者証記号番号	111 9999
--------	--------------	---------------	----------