

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

さぬき市長 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	

※申請者が被保険者と同一世帯員でない場合は、代理権授与通知書(委任状)が必要です。

**本人確認【免・パ・住・保・年・個・他( )】**

被 保 険 者	被保険者番号					
	フリガナ		個人番号			
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月 日
			性別	男・女		
住所	〒  電話番号					

※申請者が被保険者本人の場合、被保険者住所・電話番号は記載不要です。

再交付する証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・消失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ( )

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証 記 号 番 号	
--------	--	----------------------	--