

介護保険 被保険者証等再交付申請書

鳥羽市長様
次のとおり届け出します。

| | | | | |
|-------|---------------|---|---|---|
| | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 申請者氏名 | 被保険者との関係 | | | |
| 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・電話番号は記載不要

| | | | | |
|------------------|--------|---------------|------|-------------------------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 〒 電話番号 | | |

| | |
|----------|---|
| 再交付する証明書 | 1 被保険者証 4 負担割合証 2 資格証 5 負担限度額認定証 3 受給者資格証 |
| 申請理由 | 1 紛失・焼失 2 汚損・破損 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 |
|--------|--|---------------|

健康福祉課処理欄

| | | | | | |
|----|------|----|----|---|---|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 担当 | 交付方法(月 日) | 受付(月 日) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 各連絡所 <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> 保健福祉センター <input type="checkbox"/> 市民課 <input type="checkbox"/> 各連絡所 <input type="checkbox"/> 郵送 |