様式第7号（第7条関係）

介護保険被保険証等再交付申請書

竹田市長　様

次のとおり介護保険被保険証等の再交付申請をします。

＊申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所及び電話番号の記載は不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 | 〒　　　―　　　　電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　負担割合証５　負担限度額認定証 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３その他（　　　　　　　） |

第２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

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