様式第４号（第６条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

幕別町長　　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　 月　 日 |
| 申請者氏名 |  | 被保険者  との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |

＊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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |  | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　 年 　月 　日 |
| 性別 | | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　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 |  |