

|    |    |    |    |   |
|----|----|----|----|---|
| 受付 | 入力 | 発行 | 交付 |   |
| /  | /  | /  | /  | / |

様式第4号(第13条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

熊取町長 殿

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   |   |   |

|                  |        |   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |      |   |   |    |
|------------------|--------|---|--|------|--|--|--|--|--|--|--|------|---|---|----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |      |   |   |    |
|                  | 個人番号   |   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |      |   |   |    |
|                  | フリガナ   |   |  |      |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
|                  | 氏名     |   |  |      |  |  |  |  |  |  |  |      |   |   |    |
|                  | 住所     | 〒 |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |      |   |   |    |

|              |  |                           |
|--------------|--|---------------------------|
| 再交付する<br>証明書 | 1. 被保険者証<br>2. 資格者証<br>3. 負担割合証        | 4. 負担限度額認定証<br>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 |  |
|--------|--|---------------|--|

※原則として、申請者及び代理人の本人確認が出来ない場合は郵送で交付する事になります。