

介護保険被保険者証等交付・再交付申請書

年 月 日 No. _____

(あて先) 妙高市長

次のとおり申請します。

1 申請者

住 所		電 話	
フリガナ		本人との関係	
氏 名			

2 被保険者

被保険者番号	_____	個人番号	_____
住 所	<input type="checkbox"/> 1と同じ <input type="checkbox"/> 1と異なる場合	電話	_____
フリガナ	_____	性 別	男 ・ 女
氏 名	_____年 月 日生		

3 交付又は再交付を求めるもの

新規交付	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証		
再 交 付	<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	申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 〔 _____ 〕

注1 第2号被保険者の場合、申請の際に医療保険の被保険者証の提示が必要となります。(受給資格証明書の再交付の際は不要)

2 再交付申請の理由が、紛失・焼失以外の場合には、被保険者証等を添付してください。

3 該当する項目の□に「レ」印をつけてください。

処 理 欄	受 付	作 成	2号確認	処理済