介護保険　被保険者証等再交付申請書

豊 明 市 長　殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	令 和　　年　　月　　日
申請者氏名		本人との関係	
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	番　号											生年月日	大・昭　　年　　月　　日
	フリガナ												
	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 2　資格者証 3　受給資格証明書 4　負担限度額認定証 5　負担割合証 6　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　記号番号	

※処理欄

交付者	確認者	交付方法	本人確認（申請者）	
		窓口	顔写真あり（１点）	運転免許証・マイナンバーカード・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・障害者手帳（身体・精神・療育）・ その他（　　）
		郵送 （　月　　日）	顔写真なし（２点）	医療保険資格確認書（国保・後期等）・各種医療受給者証・介護保険被保険者証・年金手帳・年金証書・雇用保険受給者証・社員証・ その他（　　）