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

二戸地区広域行政事務組合管理者　様

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 |  | | （ |  | | | ） | |  | | | | | |

　　　　　　　　　＊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 |  | | 個人番号 | | |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | | 明　・　大　・　昭 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | |  | | 年 | |  | 月 |  | 日 |
| 性別 | | | 男　　・　　女 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | （ |  | | ） | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証明書 | １　被保険者証　　　　　　　４　負担割合証  ２　資格者証　　　　　　　　５　負担限度額認定証  ３　受給資格証明書　　　　　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 |  |