**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

受付印

　　小松島市長　様

　　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 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 明・大・昭　　年　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | | | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証明書・認定証 | 1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. 資格者証 4. 受給資格証明書 5. 負担限度額認定証 6. 旧措置者減免認定証 7. 特定負担限度額認定証 8. 社会福祉法人等利用者負担減免確認証 |
| 申請の理由 | 1．紛失　　　　2．破損・汚損　　　　3．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　※上記5～8につきましては、非該当の場合決定通知書の再交付となります。

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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入力 | 番号確認 |
|  |  |

|  |
| --- |
| 備考 |