介護保険　被保険者証等再交付申請書

中　能　登　町　長
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	大・昭　　年　　月　　日
	被保険者氏名			
	住　所	〒　　－ 電話番号		

再交付する証明書	1．被保険者証　　4．負担限度額認定証 2．資格者証　　5．負担割合証 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（　　）

第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	

※確認欄	個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票　□担当確認
	身元確認（　　）	□被保険者証　□負担割合証　□健康保険証　□その他（　　）