介護保険　被保険者証等再交付申請書

長崎県西海市長　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　（　　）		
委任欄 申請者が本人以外の場合必要です。	上記（申請者）の者がこの被保険者証等再交付申請書を提出することを委任します。 被保険者住所　〒		
	氏　名　㊞ （記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。）		

※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			
	被保険者氏名		生年月日	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 2　資格者証 3　受給資格証明書 4　負担割合証 5　各種認定証等 ①　負担限度額認定証 ②　利用者負担額減額・免除等認定証 ③　特定負担限度額認定証 ④　訪問介護利用者負担額減額認定証 ⑤　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 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		医療保険被保険者証記号番号	