様式第４号（第６条関係）

　美濃加茂市長　藤井　浩人　宛

介護保険被保険者証等再交付申請書

申請年月日：　　　　年　　　月　　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒　　　―　　　　　　　　　電話番号（　　）　　―　　　　 |
|  |
| 氏名 | 印　 | 被保険者本人との関係 |  |

※自署の場合、押印は不要です。

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所及び電話番号は記載しなくても結構です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　―　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　―　　　　 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | １　紛失・焼失　２　破損・汚損　３　その他（　　　　　　） |
| 再交付する証明書等 | ①　介護保険被保険者証②　介護保険受給資格証明書③　介護保険負担割合証④　介護保険負担限度額認定証⑤　介護保険特定負担限度額認定証⑥　介護保険資格者証 |

第２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）の方は、下記についても記入して

ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療保険者名 |  |
| 医療保険被保険者記号・番号 |  |

（備　考）１　申請理由が２の破損又は汚損の場合は、その証明書等を提示してください。

２　再交付された被保険者証等を受け取った後に、紛失した被保険者証等を発見

したときは、その被保険者証等を速やかに市に返還してください。