様式第4号(第9条関係)

**介護保険被保険者証等再交付申請書**

岐阜県加茂郡七宗町長　様

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 |  |
| 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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | 性別 | | |  | | |
| 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　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歳までの医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号  医療保険被保険者証番号 |  |