# 介護保険　被保険者証等再交付申請書

阿賀町長　　神　田　敏　郎　　様

次のとおり申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 申請年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | ㊞ | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒<br>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 | 〒<br>電話番号 | | |

| | |
|---|---|
| 再交付する証明書 | 1　被保険者証<br>2　資格者証<br>3　受給資格証明書<br>4　負担割合証<br>5　負担限度額認定証<br><br>＊ 申請者が被保険者と異なる場合は、被保険者及び申請者の身分を証明する書類 |
| 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）のみ記載

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