介護保険　被保険者証等再交付申請書

平川市長　殿

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、生年月日・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
	氏　名			
	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　負担限度額認定証
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	

＊ 被保険者証は原則として住所地に郵送します。

＊ 申請者が被保険者本人または同居の家族の場合は、即日交付できます。

＊ 即日交付の場合は、下記証明書等で申請者の本人確認をさせていただきます。

申請者の確認方法	□マイナンバーカード　□運転免許証　□健康保険証 □各種通知書　□その他（　　）		
交付区分	□即日 □郵送	郵送日	年　月　日