

様式第5号(第6条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

白老町長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名		被保険者との関係				
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												
	氏名								生年月日	明大昭	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. 負担限度額認定証 5. 負担割合証
申請の理由	1. 紛失      2. 破損・汚損      3. その他(      )

2号被保険者(40歳から65歳の医療保険加入者)のみ記入

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