様式第7号(第6条関係)

介護保険　被保険者証等再交付申請書

菊池市長　様

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　(　　　)　　　　 |
| 　 |
| 被保険者 | フリガナ | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 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・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)の方は，以下も記載してください。

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

　【市記入欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理 | 被保険者番号 | 作成 | 郵送等 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

