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 |
|  |  |  |  |

