|  |
| --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　（宛先）　安曇野市長　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、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 |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 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　負担割合証４　受給資格証明書５　減額・免除認定証（　　　　　　　　　）６　負担限度額認定証（　　　　　　　　　）７　その他　　　　　（　　　　　　　　　） |  |
| 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歳までの医療保険加入者）のみ記入 |
|  | 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |  |
|  |