

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 塩尻市長

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 |               | 本人との関係 |          |
| 申請者住所 | 〒<br><br>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<br>保<br>険<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者氏名 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 | 年    | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住所     | 〒<br><br>電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |  |
|--------------|--|
| 再交付する<br>証明書 | 1 被保険者証<br>2 負担割合証<br>3 資格者証<br>4 受給資格証明書<br>5 負担限度額認定証<br>6 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 |  |
|--------|--|---------------|--|

----- 市処理欄 -----

|     |  |  |     |   |
|-----|--|--|-----|---|
| 受付印 |  | <input type="checkbox"/> 窓口<br><input type="checkbox"/> 郵送<br><input type="checkbox"/> 支所<br>( ) | 処理欄 | <input type="checkbox"/> 確認( <input type="checkbox"/> 不備無、 <input type="checkbox"/> 不備有)<br><input type="checkbox"/> 再交付<br><input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送( / )<br><input type="checkbox"/> 介護認定申請中<br>(資格者証の交付) |
|-----|--|--|-----|---|