

介護保険被保険者証等再交付申請書

(被保険者証・資格者証・おむつ受給者証・減額認定証・負担割合証)

氷川町長様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者氏名 (窓口にきた人)			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です。

被 保 險 者	被保険者番号()			
	フリガナ		男・女	生年月日
	氏名		明・大・昭	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. おむつ受給者証 4. 減額認定証 5. 負担割合証			
再交付の理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()			

※紛失した被保険者証を見つけた場合は、見つけた被保険者証を返還してください。

● 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の人は下記も記入してください。

医療保険被保険者証 (組合員証)	記号		番号	
医療保険者名				