

# 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 (窓口に来た人)		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 険 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				