

介護保険被保険者証等再交付申請書

宮古島市長 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	
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
	電話番号													性 別	男 ・ 女		
	住所	〒															
		電話番号															

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格証 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)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
--------	-------------------

申請者確認書類	1 運転免許証 2 健康保険者証 ・ 介護保険被保険者証 ・ 住民票 3 その他()
---------	---