

介護保険 被保険者証等再交付申請書

立川市長 殿

年 月 日

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号 ( )

本人との関係

次のとおり申請します。

|                  |             |                                 |      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |           |  |  |  |  |
|------------------|-------------|---------------------------------|------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-----------|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号      | 0                               | 0    | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |           |  |  |  |  |
|                  | フリガナ<br>氏 名 |                                 |      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 ・ ・ |  |  |  |  |
|                  |             |                                 |      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女     |  |  |  |  |
|                  | 住 所         | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 個人番号 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |           |  |  |  |  |
| 電話番号 ( )         |             |                                 |      |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |           |  |  |  |  |

|         |                                           |
|---------|-------------------------------------------|
| 再交付する証明 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 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 |  |
|--------|--|---------------|--|

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|