

介護保険 被保険者証等再交付申請書

令和●年●●月●●日

立川市長 殿

記載例

申請者 住所 立川市泉町1156-9

氏名 立川 ■■

電話番号 042 (523) 2111

本人との関係 子

次のとおり申請します。

被	被保険者番号	0	0	0	0	◇	◇	◇	◇	◇	◇
被	フリガナ	たちかわ 立川 ▲▲								生年月日	明・大・昭 ◆◆・◆◆・◆◆
除	住所	☐ 申請者と同じ		個人番号							
者	住所	立川市錦町●丁目●番●号 ●●アパート●●●●号 電話番号 042 (× × ×) × × × ×									

申請者が被保険者本人の場合は、住所及び電話番号の記入は不要

個人番号を記載した場合は申請時に個人番号の分かるものなど確認書類が必要です。空欄でも申請は可能です

再交付する証明	☒ 1 被保険者証	4 負担限度額認定証	
	2 資格者証	5 その他 ()	
	☒ 3 負担割合証	再交付を希望する証に○	
申請の理由	☒ 1 紛失・焼失	2 破損・汚損	3 その他 ()

申請の理由に○

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	
--------	--	---------------	--

(保険者処理欄)

受付者	1~2	3~4	5	備考欄
	介護認定係	介護給付係		
窓口受付 ☐	窓口交付済 ☐	窓口交付済 ☐	窓口交付済 ☐	
郵送受付 ☐	郵送交付済 ☐	郵送交付済 ☐	郵送交付済 ☐	

受付印

--