# 介護保険　被保険者証等再交付申請書

年　　月　　日

立川市長　殿

申請者　住 所

氏 名

電話番号　　（　　）

本人との関係

次のとおり申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 | | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ<br>氏　名 | | 生年月日 | 明・大・昭　・　・ |
| | 住　所 | □ 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　　4　負担限度額認定証<br>2　資格者証　　5　その他（　　）<br>3　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 | |

（保険者処理欄）

| 受付者 | 1～2<br>介護認定係 | 3～4<br>介護給付係 | 5 | 備考欄 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 窓口受付　□<br>郵送受付　□ | 窓口交付済　□<br>郵送交付済　□ | 窓口交付済　□<br>郵送交付済　□ | 窓口交付済　□<br>郵送交付済　□ | |

| 受付印 |
|---|
| |