別記様式５（第５条関係）

# 介護保険　被保険者証等再交付申請書

剣淵町長　　様

次のとおり申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | | 被保険者との関係 | |
| 申請者住所 | 〒<br>電話番号 | | |

＊届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

| | | |
|---|---|---|
| 申請者確認欄<br>（町記載欄） | １　運転免許証<br>３　身分証明書（写真付） | ２　旅券（パスポート）<br>４　その他 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| | 氏　　名 | | 性　別 | 男　・　女 |
| | 住　　所 | 〒<br>電話番号 | | |
| 再交付する証明書 | 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<br>５　負担限度額認定証 | | | |
| 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 | |