

介護保険被保険者証等再交付申請書

吉野川市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

※「申請者」が被保険者の場合は記入不要です。

申 請 者	氏 名	(印)	被保険者との関係	
	住 所	〒 -		
電話番号 () -				

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏 名	(印)			生年月日	明・大・昭 年 月 日			
					性 別	男 ・ 女			
住 所	〒 - 吉野川市								
電話番号 () -									

再 交 付 を 申 請 す る 証 明 書	1. 被保険者証 2. 受給資格証明書 3. 負担限度額認定証 4. 負担割合証 5. 利用者負担額減額・免除等認定証(旧措置入所者) 6. 特定負担限度額認定証(旧措置入所者) 7. 社会福祉法人等利用者負担軽減認定証
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）は、次の欄にも記入して下さい。

医療保険者名		医療保険被保険者証等 の記号番号	
医療保険加入日		医療保険被保険者証等 の有効期限	扶養区分 本人・扶養