第８号様式（第５条関係）

|  |
| --- |
| **介護保険被保険者証等再交付申請書**　白　河　市　長 |
| 　　次のとおり申請します。 | 申請年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 　 |
| 　 | 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 　 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 　 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 　 |
| 　 | 再交付する証明書 | 1　被保険者証2　資格者証3　受給資格証明書4　要介護認定・要支援認定等結果通知書5　負担割合証6　負担限度額認定証7　その他　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | 　 |
| 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)のみ記入 |
| 　 | 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  | 　 |
| 　 |