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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |