様式第5号(第3条、第3条の2関係)

|  |
| --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　(宛先)甲州市長　次のとおり申請します。 |
| 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 申請者氏名 | 　 | 被保険者との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号 |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 |
| 　 | 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　負担限度額認定証5　負担割合証 | 　 |
| 申請の理由 | 1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他(　　　　　　) |
| 　第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 |
| 　 | 医療保険者名（所在地）（電話番号） | 　 | 医療保険被保険者証記号番号（加入日）（証有効期限） | 　 | 　 |
| 　 |

＊申請者が代理人の場合は、被保険者本人が次のことに同意する署名をしてください。

　　　　　　　　上記の再発行を願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者名