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