

様式第 6 号（第 6 条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

（宛先） 富士見市長

次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	令和 7 年 4 月 1 日
申 請 者 氏 名	富士見市 一郎	本 人 と の 関 係	長男
申 請 者 住 所	〒 3 5 4 - 0 0 0 1 富士見市大字東大久保 1 2 3 4 番地 5 6 電話番号 0 9 0 (× × × ×) × × × ×		

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号																
	フリガナ	フジミ ハナコ																	
	氏 名	富士見 花子										生 年 月 日	昭和 1 5 年 4 月 1 日						
	住 所	〒 3 5 4 - 0 0 2 1 富士見市大字鶴馬 1 8 0 0 番地の 1 電話番号 0 4 9 (2 5 1) 2 7 1 1																	

＊個人番号欄は、1，3，4 の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再 交 付 す る 証 明 書	① 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他 ()
申 請 の 理 由	① 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2 号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

医 療 保 険 者 名		医 療 保 険 被 保 険 者 記 号 番 号	
-------------	--	-------------------------	--