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　　年　月　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 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・電話番号の記入は不要

＊ケアマネジャー等が提出を代行する場合は、事業所の名称、種別及び提出代行者の氏名を申請者氏名欄に記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | **0** | **0** | **0** | **0** |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 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　負担割合証  5　負担限度額認定証 |
| 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 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |