# 介護保険　被保険者証等再交付申請書

高千穂町長　様

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 | 〒<br>電話番号 | | |

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 〒<br>電話番号 | | | |

※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<br>2　資格者証<br>3　負担限度額認定証<br>4　負担割合証<br>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 | |