別記様式5

# 介護保険　被保険者証等再交付申請書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者　様
次のとおり申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所名（※２） | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所（※１） | 〒　　－<br>電話番号　　（　　） | | |

※１　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
※２　申請者が介護保険事業所等の場合のみ記入

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ<br>被保険者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| | 住　　所 | 〒　　－<br>電話番号　　（　　） | | |
| 再交付する証明書 | | 1　被保険者証<br>2　資格者証<br>3　受給資格証明書<br>4　負担割合証<br>5　負担限度額認定証<br>6　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 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |

| 市町窓口受付印（処理欄） | | 介護保険事務所受付印 | |
|---|---|---|---|
| | □発行済<br>□未発行 | | □発行済 |