|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | 〒　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | |
| 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  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  □未発行 |  | □発行済 |