

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

大曲仙北広城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)	〒 ー  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	〒 ー  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	
	<input type="checkbox"/> 発行済  <input type="checkbox"/> 未発行		<input type="checkbox"/> 発行済