

介護保険 被保険者証等 再交付申請書

受付印

瀬戸内市長 様
次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号	0000	申請年月日	年 月 日
	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女
住所	瀬戸内市	電話番号（	）	

申請者 (窓口に来た人)	氏名		被保険者との続柄	
	住所※	〒 -	電話番号（	）

※本人が申請する場合は申請者住所・電話番号は記入不要

再交付を必要とする 証明書等	1 被保険者証	4 資格者証
	2 負担割合証	5 受給資格証明書
	3 負担限度額認定証	6 その他（

申請理由	1 紛失 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	
--------	--	---------------	--

※以下は記入しないでください

受付時確認欄

申請者	確認書類	申請者の身分証等
□被保険者（本人）		□免許証 □健康保険証 □介護保険証 □障害者手帳 □マイナンバーカード □その他
□代理人	□委任状 □担当課へ確認	
□後見人等	□登記 □代理行為目録 □その他	
交付状況	□窓口で交付済 □担当課から後日郵送 ※委任確認できない場合は郵送	

課 長	課長補佐	係 長	係	担当	入力者

担当者記入欄	
入力日	
郵送日 (□郵送不要)	