

別記様式第4号（第6条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

美唄市長 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><br>電話番号 |       |        |

※ 申請者が被保険者本人の場合、氏名のみの記入で、申請者住所・電話番号は記載不要です。下記に記入願います。

|                  |         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|------------------|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                  | 個 人 番 号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                  | フ リ ガ ナ |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                  | 被保険者氏名  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
|                  |         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女       |
|                  | 住 所     | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |             |

|                      |                                                                     |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 再交付する<br>証明書<br>○で囲む | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 標準負担額減額認定証<br>5 負担割合証<br>6<br>7 |
| 申請の理由                | 1 紛失・消失    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）はこちらにも記入してください。

|        |  |               |  |
|--------|--|---------------|--|
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
|--------|--|---------------|--|