|  |
| --- |
| 介護保険　被保険者証等再交付申請書　飯山市長　　　　あて　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 | **〒**電話番号　　　　　　　　 |  |
| ＊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 |
|  | 被　保　険　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 | 　　年　月　日 |  |
|  | 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　負担割合証３　資格者証４　受給資格証明書 |  |
|  | 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 |  |  |
|  |