

記入例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

東大和市長 様

次のとおり申請します。

※ケアマネジャーの申請では再交付できません。

申請年月日		年 月 日	
申請者氏名	大 和 花 子	本人との関係	妻
申請者住所	〒207-8585 東大和市中央3-930 電話番号 042-563-2111		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	※不明な場合は空欄で結構です	個人番号	※不明な場合は空欄で結構です
	フリガナ	ヤマト タロウ		
	氏 名	大 和 太 郎		生 年 月 日 昭和10年 10月 10日
	住 所	〒 申請者住所と同じ場合、「同上」と記入してください。 申請者住所と異なる場合は、この住所欄に記入してください。		

※個人番号は、1, 3, 4 の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他 ()	当てはまる申請の理由・使用目的に○してください。 その他の場合は()欄に記入してください。
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	
-------------	--	-------------------	--

該当の方のみ記入してください。