

## 介護保険被保険者証等再交付申請書

台東区長殿

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														
	フリガナ														
	被保険者氏名						生年月日	明・大・昭	年	月	日				
	個人番号											性別	男	・	女
	住所	〒  電話番号													

\* 再交付する証明書が3、4の場合、被保険者の個人番号は記載不要

再交付する 証明書	1 被保険者証（後日郵送） 2 負担割合証（後日郵送） 3 資格者証 4 受給資格証明書
申請の理由	1 紛失      2 破損・汚損      3 未着      4 その他（      ）

資格者証印字（被保険者証再交付 で受給者の方）確認欄	
-------------------------------	--

第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		
職員確認印		