

様式第 4 号(第 15 条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

加須市長 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>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<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    | 年 月 日 |
|                  | 住 所         | 〒<br>電話番号 |         |       |

|                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| 再 交 付 す る<br>証 明 書 | 1 被保険者証                           |
|                    | 2 資格者証                            |
|                    | 3 受給資格証明書                         |
|                    | 4 負担割合証                           |
|                    | 5 負担限度額認定証                        |
| 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<br>証 記 号 番 号 |  |
|-------------|--|------------------------------|--|