

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

古座川町長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 <span style="float: right;">電話番号</span>	

\* 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										
	被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性別	男	・	女						
住所	〒 <span style="float: right;">電話番号</span>										

再交付する 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 各種負担軽減認定証
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		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書（記載例）

古座川町長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	令和〇年〇月〇日
申請者氏名	古座川 小太郎	本人との関係 家族（長男）
申請者住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 和歌山県東牟婁郡古座川町〇〇番地      電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	

\* 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				
	被保険者氏名	コザガワ タロウ	生年月日	明・大・昭	年 月 日
			性 別	男	・ 女
住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 和歌山県東牟婁郡古座川町〇〇番地  電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				

再交付する 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 各種負担軽減認定証
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		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--