様式第3号

(日本産業規格A4)

**介護保険被保険者証等再交付申請書**

　　米沢市長　あて

　　被保険者証等の再交付を次のとおり申請します。

　　万一紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに返還します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 本人との関係 | | | | | |  | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊　申請者が被保険者本人の場合、次の被保険者の住所及び電話番号は、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | | |  |  |  | |  |  |
| 個人番号 | | | | | |  | |  |  | | |  | |  | |  |  | | | |  |  |  | |  |  |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　資格者証　3　受給資格証明書　4　介護保険負担限度額認定証　5　介護保険特定負担限度額認定証　6　利用者負担額減額・免除認定証　7　利用者負担額減額・免除等認定証(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)  8　負担割合証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者名 | | | |  | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | | | | | ― | | | | | | |
| ────次は、記入しないでください。──── | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付してよいか伺います。  　　　決裁　　　年　　月　　日  　　　交付　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請者確認資料 | | | | | | 証交付方法 | | |
| マイナンバーカード  免許証  被保険者証  その他  (　　　) | | | | | | 手交  郵送  その他  (　　　) | | |
| 担当者 | | 担当主査 | | | | 課長補佐 | | 課長補佐 | | | 決裁 | | | | | 公印 | | |
|  | |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | |