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 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |