

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		
担当者	担当主査	課長補佐	課長補佐	決	裁	公	印	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 ()