様式第4号(第5条、第9条、第25条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　　(宛先)白岡市長　　次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。 |
| 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 申請者 | 氏名 | 　 | 被保険者との関係 | 1　本人　　2　家族3 その他( 　　　) |
| 住所 | 〒電話番号　　　(　　)　　　　　　 |
| ＊申請者が被保険者本人の場合には、「住所」の欄は記載不要　 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 明･大･昭　 　年　 　月 　日 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 性別 |  |
| 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　負担限度額認定証5　負担割合証 6　その他 | 　 |
| 申請の理由 | 1　失った　2　破った・汚した　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 |
| 　 | 医療保険者名 | 　 | 医療保険保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医療保険被保険者証記号番号 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 　 |

注　1　被保険者証等を破り、又は汚した場合には、被保険者証等を添付すること。

　　2　身分を確認できる書類を提示すること。

市記入欄(身分確認書類に○をつける。)

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者身分確認区分 | 1　運転免許証　2　パスポート　3　各種被保険者証　4　その他(　　　　　　　　　) |