第３号様式（第３条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

会津若松市長　あて

被保険者証等の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒　　電話番号		

＊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です。

被保険者	被保険者番号											個人番号													
	フリガナ											生年月日	年　月　日											
	氏　名																							
	住　所	〒　　電話番号																						

再交付する証明書	1　被保険者証 2　負担割合証 3　資格者証 4　受給資格証明書 5　その他（　　）
申請の理由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

第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	

※　本人の確認のため**被保険者及び届出人の身分証明書**が必要になります。

※　事業者等の職員として委任されている場合は、事業者等の職員である証明（社員証等）をご持参ください。

証返還	※被保険者等確認	端末	作成	郵送	交付
有 ・ 無	□個人番号カード（本人・申請人）　□運転免許証（本人・申請人） □介護保険証（本人・申請人）　□医療保険証（本人・申請人） □負担割合証（本人・申請人）　□介護事業所関係（申請人） □その他（本人・申請人）（　　）				□当日 □後日