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 |  |
| 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　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 |  |

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