

## 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。

被保険者との続柄をご記入ください。

窓口に来られる方の氏名をご記入ください。

申請者氏名	会津 太郎	申請年月日	令和2年4月1日
申請者住所	〒965-8601 会津若松市東栄町3番46号	本人との関係	長男
		電話番号（0242）	39-1111

被保険者証などを必要とする方のことです。

\*申請者が被保険者本人の場合、

被保険者ご本人が申請する場合は記入不要です。

番号が分からない場合はご記入不要です。

被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
フリガナ	アイヅ 伊咄	生年月日	昭和24年1月1日
氏名	会津 一郎	性別	男 ・ 女
住所	〒965-8601 会津若松市東栄町3番46号	電話番号（0242）	39-1111

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

必要とする証明書の番号に○をつけてください。

該当する理由の番号に○をつけてください。

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

被保険者が65歳以上の場合ご記入不要です。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

ご記入後、申請書と必要書類をもって窓口にお越しください。