

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	端末	作成	郵送	交付
有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(本人・申請人) <input type="checkbox"/> 運転免許証(本人・申請人)				
	<input type="checkbox"/> 介護保険証(本人・申請人) <input type="checkbox"/> 医療保険証(本人・申請人)				<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日
	<input type="checkbox"/> 負担割合証(本人・申請人) <input type="checkbox"/> 介護事業所関係(申請人)				
	<input type="checkbox"/> その他(本人・申請人)( )				