介護保険　被保険者証等　再交付申請書

宇治市長　あて

次のとおり、再交付の申請をします。　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号	0 0 0		個人番号	
	フリガナ				
	被保険者氏名			生年月日	明・大・昭　年　月　日
	住　所	〒 電話番号（　　－　　－　　）			

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

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	

申請者について（被保険者と同一の場合、記載不要）

申請者	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（　　－　　－　　）		

市記入欄　上記のとおり、再交付してよろしいか伺います。

受付印	受付者	決裁			証交付状況	備考
		課長	係長	担当	窓口交付（　年　月　日）	
					郵送交付（　年　月　日）	
					認定日（　年　月　日）	

番号	身元	代理権
□番号C		
□通知C	□免許証　□CM □その他（　　）	□委任状
□その他 （　　）	□被保証（割・限） （介・後・国：　　） □その他（　　）	□その他 （　　）