

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。

令和 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	
		性別	男 ・ 女		
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	平成 年 月 日	本人との関係	
	申請者氏名			
	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		□委任状 □その他()
□通知C	□免許証 □CM □その他()	
□その他 ()	□被保証(割・限) (介・後・国 :) □その他()	