

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

黒石市長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒  電話番号		

※ 被保険者本人が申請する場合、住所は記入しなくてよい。

被保険者番号											
フリガナ					生年月日	明大昭	年	月	日	性別	男・女
被保険者氏名											
住所	〒  電話番号										
再交付する証明書	1. 被保険者証 2. 被保険者資格者証 3. 受給資格証明書 4. 負担限度額減額認定証 5. 特定負担限度額減額認定証 6. 利用者負担額減額・免除認定証（一般用） 7. 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置入所者用） 8. 負担割合証										
申請理由	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	
--------	--	---------------	--

