様式第４号（第５条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

宇佐市長　　　　　宛て

　　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　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者証番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 住所  〒  電話 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | 1　被保険者証  2　資格者証  3　受給資格者証  4　負担限度額認定証  5　特定負担限度額認定証  6　負担割合証  7 その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 再交付申請の理由 | 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歳までの医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証等番号 |  |