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 |  |