介護保険　被保険者証等再交付申請書

古座川町長　様
次のとおり申請します。

		申請年月日	平成　　年　　月　　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

＊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		

再交付する証明書	1　被保険者証 2　資格者証 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	

記　載　例

介護保険　被保険者証等再交付申請書

古座川町長　様
次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	平 成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
申請者氏名	古座川　小太郎	本人との関係	家族（長男）
申請者住所	〒○○○－○○○○ 和歌山県東牟婁郡古座川町○○××番地 電話番号　○○○○－○○－○○○○		

＊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	被保険者番号	○○○○○○○○○○○		
	フリガナ	ｺｻﾞｶﾞﾜ　ﾀﾛｳ		
	被保険者氏名	古座川　太郎	生年月日	明・大・昭　○ 年 ○ 月 ○ 日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒○○○－○○○○ 和歌山県東牟婁郡古座川町○○××番地 電話番号　○○○○－○○－○○○○		

再交付する証明書	1　被保険者証 2　資格者証 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（　　）

再交付する証明書を左記の中から選び、申請の理由を下記から選んで○をしてください。

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	