

介護保険 被保険者証等再交付申請書

平川市長 殿

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		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号																	個人番号														
		☐ 申請者本人												生年月日		明・大・昭 年 月 日																
	フリガナ																															
	氏 名													性 別		男 ・ 女																
	住 所	☐ 申請者と同じ 〒 電話番号																														

再交付する 証 明 書	1 被保険者証 3 受給資格証明書 5 負担限度額認定証	2 資格者証 4 負担割合証
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	
--------	--	---------------	--

※ 再交付申請の際、下記証明書等で申請者の本人確認をさせていただきます。

平川市記入欄

申請者の 確認方法	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 各種通知書 ☐ その他（ ）		
交付区分	☐ 即日 ☐ 郵送	郵送日	令和 年 月 日