介護保険被保険者証等再交付申請書

　　　　　伊達市長

　　　　　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 | 郵便番号  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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号  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  ４　負担割合証  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 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記号番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | マイナンバーカード  運転免許証  保険証  その他（　　　　　　　　　　　　） | 添付書類 | 委任状  その他（　　　　　　） |

保険者使用欄