様式第４号（第７条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

　須賀川市長

　次のとおり被保険者証の再交付について申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 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  ４　負担割合証  ５　負担限度額認定証 |
| 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 |  |