

## 介護保険被保険者証等再交付申請書

岩見沢市長 様

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	〒 _____ 電話番号 _____		

被保険者番号												
個人番号												

フリガナ		生年月日	明 年 月 日	昭 _____
被保険者氏名				

住所	〒 _____
----	---------

再交付する 証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 被保険者証（資格者証）</li> <li>2 受給資格証明書</li> <li>3 負担限度額認定証</li> <li>4 利用者負担減免認定証</li> <li>5 特定負担限度額認定証</li> <li>6 旧措置入所者利用者負担減額・免除認定証</li> <li>7 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証</li> <li>8 負担割合証</li> </ul>
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 未着 4 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	
--------	----------------------	--