別記様式第6号（第6条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

和寒町長　　　　　　　　　　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 | | |
| 本人確認 | 本人【　免許証・パスポート・住基カード・他（　　　　　　　　　　）　】  　□確認  代行【　免許証・パスポート・住基カード・他（　　　　　　　　　　）　】 | | |

　　　　　　　※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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| ふりがな  被保険者氏名 |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 生年月日 |  | 性別 | 男・女 |
| 被保険者住所 | 〒  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 |  |