

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先)長崎市長

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 | — | — |

※ 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 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| | | 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 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 資格者証 5 受給資格証明書 |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他() |

※ 失った被保険者証等をみつけた場合、直ちに届けてください。

※ 破損・汚損の場合、その被保険者証を添付してください。

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 | |
|--------|--|---------------|--|

(伺い)この申請について、再交付して良いでしょうか。

| | | | |
|-------|-------|----|--|
| 起案 | 決裁 | | |
| 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| 課長 | 係長 | 係員 | |
| 丁 | | | |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 交付 () | <input type="checkbox"/> 郵送 () |
| 年 月 日 交付済 | 年 月 日 郵送済 |

| | |
|-----|--|
| 確認者 | |
| 本人 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 市県民税・国民健康保険税納税通知書 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他() |
| | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 市県民税・国民健康保険税納税通知書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他() |