|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | 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 | | | 丁 | 課　長 | 係 長 | 係　員 | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | | 交付者  □交付 （　　　　） | 郵送者  □郵送 （　　　　） | | 年　　月　　日交付済 | 年　　月　　日郵送済 | |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 受付者 |  | 確認者 |  |  | | 本人 | □マイナンバーカード　 □運転免許証　　□医療被保険者証  □市県民税・国民健康保険税納税通知書  □その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | | 代理 | □委任状　　□マイナンバーカード　 □運転免許証  □医療被保険者証 □市県民税・国民健康保険税納税通知書  □その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | |