

様式第3号(第2条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 松阪市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	1 本人 2 親族 (続柄) 3 その他 ()
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	番号									
	フリガナ									
	氏名			生年月日	明 大 昭	年 月 日				
	現住所	〒 電話番号								

*申請者が被保険者本人の場合、現住所と電話番号は記載不要です。

委任欄 (任意様式可)	次の者に以下の証明書等に係る再発行手続きと受領を委任します。	
	委任者 (被保険者)	Ⓔ
	受任者 (申請者)	

交付する 証明書等	1 被保険者証 2 受給資格者証 3 利用者負担額減額・免除等認定証 4 自己負担割合証 5 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

個人番号		被保険者証交付年月日	年 月 日
------	--	------------	-------

窓口確認	個人番号カード・免許証・職員証・保険証・身手・住基・他 () /通知カード確認 <input type="checkbox"/>			
交付方法	窓口交付・郵送 (住所地)	個人番号 記入者	本・代・職	対 応 者