様式第４号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書  吉田町長　　　　　　　様  |  |
|  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 ｶﾞ ﾅ |  |  | 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日 |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
|  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　資格者証 ３　受給資格証明書 ４　社会福祉法人等利用者負担減免確認証 ５　介護保険負担限度額認定証 ６　負担割合証 |
|  |  |  |  |  |
|  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 |
|  |  |  |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
|  |
| 　**わたしは、介護保険被保険者証等を受領しました。**　　　　　　（受領者氏名） |