

介護保険 被保険者証等再交付申請書

春日部市長 あて  
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 | 〒<br><br>電話番号 |        |       |

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

|                  |        |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏名     |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住所     | 〒<br><br>電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊個人番号欄は、1，3，4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

|              |                                                        |
|--------------|--------------------------------------------------------|
| 再交付する<br>証明書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 負担限度額認定証<br>4 負担割合証<br>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

|        |  |                   |  |
|--------|--|-------------------|--|
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証<br>記号番号 |  |
|--------|--|-------------------|--|