様式第４号（第４条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

越 前 市 長 　殿

 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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 被保険者氏名 | 個人番号（　　　　　　　　　） | 生年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒９１５－　越前市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
|  再交付する 証明書 | １　被保険者証　　　　　　　　　　４　負担割合証２　資格者証　　　　　　　　　　　５　負担限度額証３　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（　　　　　　　　） |

　第２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 越前市記入欄 | 受付 |  | 確認 |  | 入力 |  | 交付 |  | □被保険者証回収□本人確認（免許証・保険証・その他）□個人番号確認（カード等・住基台帳） |