

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 八戸市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

申請の内容	再交付する資格証	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 負担限度額認定証 5. 負担割合証	6. 利用者負担額減免認定証 7. 特定負担限度額認定証 8. 旧措置入所者利用者負担額減免認定証 9. 訪問介護利用者負担額減額認定証 10. 社会福祉法人等利用者負担減免確認証
	申請の理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他	その他事由

被保険者の情報	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	郵便番号		
	電話番号			
	医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

※上の「医療保険者名」と「医療保険被保険者証記号番号」は、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入してください。

申請者が被保険者と同じ場合は左枠内にチェック（✓）を記入し、違う場合は下の「申請者の情報」に記入してください。

申請者の情報	フリガナ			
	氏名		被保険者との関係	
	住所	郵便番号		
	電話番号			