様式第１７号

介護保険　被保険者証等再交付申請書

益 田 市 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	
	フリガナ		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　利用者負担額減免・免除等認定書（旧措置者） ５　負担限度額認定証（旧措置者） ６　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記号番号	

【市記入欄】

上記申請のとおり交付してよろしいか伺います。

交付年月日　：　令和　　年　　月　　日

起案年月日　：　令和　　年　　月　　日

決定年月日　：　令和　　年　　月　　日

決　裁　欄			
課　　長	課長補佐	係　　長	係

備考	本人確認 □官公庁が発行した顔写真のある書類（確認書類名　　） □法令に基づき発行された書類（確認書類名　　） □その他市長が認めるもの（２点以上）（確認書類名　　） □聞き取り	入力処理