|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 発行係員 |
|  |  |  |  |  |

**介護保険被保険者証等再交付申請書**

**つがる市長 様**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

　次のとおり申請します。

|  |
| --- |
|  |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
|  |
| 　被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治大正　　　 年　 月　 日 生昭和　　　　 |
| 氏　　名 |  |
| 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．負担限度額認定書５．負担割合証　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 |
|  |  |
| 以下については，申請者が届出をする場合は記載不要です。 |
| 届　出　人 | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係（　　　　　　　） |
| 申請者・届出人確認欄（保険者使用欄） | マイナンバーカード・免許証・身分証明書・その他（　　　） |