

様式第4号(第6条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

名寄市長 様

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	郵便番号	電話番号	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所及び電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	住 所	郵便番号	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
申請の理由	1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他()

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	
----------------	--	----------------------	--

※市記入欄

申請者資格確認	1 運転免許証 2 被保険者証 3 健康保険証 4 その他()
---------	---