**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

**大 潟 村 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** | **〒**  **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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **被保険者番号** | |  | **個人番号**  **(マイナンバー)** |  |
| **被　保　険　者** | **フリガナ** | |  |
| **被保険者氏名** | |  | **生年月日** | **年　　　月　　　日** | |
| **性　　別** | **男　　　・　　　女** | |
| **住　所** | | **〒**  **南秋田郡大潟村字**  **電話番号** | | | |
|  | | | | | | |
| **再交付する証** | | **１　保険証　　　　２　負担割合証　　３　負担限度額認定証** | | | | |
| **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** |  |