

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

うるま市長 様

次のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請者	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒 ( ) -									
本人から みた続柄	<input type="checkbox"/> 本人										<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 家族等 ( )	※申請者が本人・親族以外の場合は、本人の捺印がある「委任状」も添付してください。									
個人番号											
被保険者番号											
被保険者 氏 名									生 年 月 日	性別	
									明・大・昭 年 月 日	男・女	
被保険者 住 所	〒 電話番号 ( ) -										
再交付する 証 明 書	1 被保険者証		4 負担限度額認定証								
	2 資格者証		5 社会福祉法人等負担軽減認定証								
	3 受給資格証明書		6 負担割合認定証								
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	
--------	--	---------------	--

市役所確認欄.....ここから先は申請者は記入しないでください.....

確認書類	免許証・保険者証・住基カード・パスポート その他 ( )	受付窓口	受付者：
	番号：	<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 石川支所 <input type="checkbox"/> 与那城支所 <input type="checkbox"/> 勝連支所	