介護保険　被保険者証等再交付申請書

赤磐市長　殿
　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	被保険者番号		個人番号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

再交付する証明書	１　被保険者証　　４　負担割合証 ２　資格者証　　５　負担限度額認定証 ３　受給資格証明書　　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	

市確認欄	代理権	□委任状　□本人の被保険者証　□戸籍謄本　□登記事項証明書　□その他
	１点	□マイナンバーカード　□運転免許証　□障害者手帳　□パスポート　□その他
	２点	□被保険者証　□負担割合証　□健康保険証　□通帳　□その他