様式第４号(第３条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書  　(宛先)桑名市長  　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 | |  | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 再交付する証明書 | | １　被保険者証  ２　介護保険資格者証  ３　受給資格証明書  ４　負担限度額認定証  ５　負担割合証 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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 | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※本庁窓口以外の受付分は、送付先が登録されている場合、送付先住所への郵送となります。