

課長	主幹等	係長	担当

## 介護保険被保険者証等再交付申請書

遠軽町長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	平成	年	月	日
申請者氏名	㊟	本人との関係			
申請者住所	〒 電話番号 ( )				

※ 記名押印にかえて署名することができます。

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号				
	個人番号				
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男・女
	住所	〒 電話番号 ( )			

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担割合証 4 受給資格証明書 5 減額・免除認定証 ( )
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	
--------	--	---------------	--

