

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	令和 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	
--------	---------------	--