

介護保険被保険者証等再交付申請書

横 手 市 長 あて

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

なお、紛失した証を発見した場合は速やかに返還いたします。

1. 申請者（この申請書を実際に記入される方）

氏 名		被保険者 との関係	
住 所	Tel — —		

※申請者が被保険者本人の場合は、上欄中の住所を記入する必要はありません。

2. 再交付を希望する証

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号										個 人 番 号											
	フリガナ												生年月日									
	氏 名												明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
	住 所		Tel — —																			
証の種類 (該当に○)		1 被保険者証（※きいろ） 2 資格者証（暫定被保険者証） 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証（※みどりいろ） 5 特定負担限度額認定証（※みどりいろ） 6 利用者負担額減額・免除等認定証（※そらいろ） 7 介護保険負担割合証（※さくらいろ） 8 その他（ ）																				
再交付の理由 (該当に○)		1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他（ ）																				

横手市 記入欄	再交付日	令和 年 月 日	処理者印	《窓口受付印》
	備 考			