**介護保険　被保険者証等（再）交付申請書**

門真市長　　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□郵送申請　　□窓口申請

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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・電話番号は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 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．負担限度額認定証　４．負担割合証　５．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 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 備　　考 | ※この欄は、記入しないで下さい。 | 収受欄 |  |