介護保険　被保険者証・負担割合証再交付申請書

（宛先）鈴鹿亀山地区広域連合長
被保険者証または負担割合証の再交付を次のとおり申請します。

			申請日	令和　　年　　月　　日
申請者	氏　名		被保険者との関係	
	住　所	〒	電　話	

＊申請者が被保険者本人の場合は，申請者住所・電話番号の記載は不要です

被保険者	被保険者番号		個　人　番　号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒	電　話	

再交付する証明書	1　被保険者証　　2　負担割合証 ※被保険者証，負担割合証の両方を再交付希望の場合は，申請書を各１枚ずつご記入ください。
申請の理由	１紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　） ※２の理由の場合は，破損した被保険者証または負担割合証を添付してください。

※2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満）の方は医療保険者証のコピーを添付してください。

処理欄	□　受付窓口で再交付済 □　広域連合に再交付を依頼　　（受付場所：　　） 【通信欄】	受　付　印