第４号様式（第２条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

（宛先）鈴鹿亀山地区広域連合長

被保険者証等の再交付を次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 　　　　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 | 被保険者証の番号 | 個　人　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 | 電　話 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証 明 書 | １　被保険者証　　２　負担割合証　　※再交付希望する証明書に対して、申請書はそれぞれ記入してください。 |
| 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又は負担割合証を添付してください。 |

　※第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み
* 広域連合に再交付を依頼　　（受付場所：　　　　　　　　　）

【通信欄】 | 受　付　印 |
|  |