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 |
|  |