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