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、マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」又は申請者自身のスマートフォン等で医療保険の被保険者資格情報が表示された画面の提示をしてください。マイナ保険証をお持ちでない方は、「資格確認書」の提示をしてください。

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】□　資格情報画面　被保険者資格情報画面　資格確認書（２号被保険者医療保険確認）	受　付　印