

介護保険 被保険者証等（再交付）申請書

蕨市長 あて
次のとおり申請します。

	申請年月日	平成	年	月	日
申請者氏名	本人との関係				
申請者住所	〒 電話番号 ()				

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号			
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	被保険者氏名	性別	男・女		
	住 所	〒 蕨市 丁目 番 号 電話番号 ()			

再交付する証明書	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 負担限度額認定証	5. 利用者負担額減額・免除認定証 6. 認定結果通知書 7. 負担割合証 8. その他()
申請の理由	1. 紛失・焼失<身分証明書・医療保険者証・運転免許証・他()> 2. 破損・汚損<旧被保険者証> 3. その他()	

※ 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

◎以下は医療保険者証の内容を記載して下さい。

医 療 保 険	健康保険組合等の名称	保険者番号	有効期間	年 月 日
	記号	被保険者氏名	資格取得日	年 月 日
	番号	被扶養者氏名	資格取得日	年 月 日
	退職者医療	有（本人・扶養）・無		

◆事務処理欄

証発行

31 紛失 32 破損

■添付書類■ <input type="checkbox"/> 身分証明書(確認日 /) 登録No.等 <input type="checkbox"/> 委任状 (確認日 /)	■認定申請受理■ <input type="checkbox"/> 資格者証 ■再交付一般■ <input type="checkbox"/> 被保険者証	■申請日現在の送付先登録■ 有・無 ■交付方法■ <input type="checkbox"/> 窓口(本人・家族・ケアマネ) <input type="checkbox"/> 連絡員 <input type="checkbox"/> 郵送(一般・速達・簡易書留) ■交付日■ H . . 交付済み
---	--	--