

様式第5号 (第8条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

結城市長 様

次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	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																	
	被 保 険 者 氏 名													生年月日	明・大・昭 年 月 日			
														性 別	男 ・ 女			
住 所	〒																	

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 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他（ ）
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--