様式第6号(第7条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

　高梁市長　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 住　所 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＊運転免許証等の書類により本人確認ができた場合は、個人番号は記載不要

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書  (該当する項目に○) | 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　介護保険負担限度額認定証  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 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人確認欄 | | | |
| 番号確認 |  | 身元確認 |  |