

介護保険 被保険者証等再交付申請書

みやま市長 宛

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日
	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所			

申請者氏名	<input type="checkbox"/> 同上	本人との関係	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 同上		
電話番号			

* 番号に○をつけてください。

再交付する 証明書	1 被保険者証・資格者証	4 負担限度額認定証
	2 受給資格証明書	5 特定負担限度額認定証
	3 負担割合証	6 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()	
備考		

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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

受 付 印

(事務使用欄)
申請者本人確認
マイナンバーカード
運転免許証
その他 ()

代理権確認 (代理の場合)
委任状
健康保険証等
その他 ()

発行
窓口
郵送

受付

--