

様式第9号(第7条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

国東市長 様

介護受付	受付No.

次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。

(介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証) 必要なものに○を付けて下さい。
※太枠の中を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号					
	フリガナ											生年月日			年 月 日		
	被保険者氏名											性 別			男 ・ 女		
	被保険者住所	〒															
		電話番号() —															

申請の理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他()
-------	--

※ 申請の理由が、2による場合は当該被保険者証を添付してください。

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証 記 号 番 号	
--------	--	----------------------	--

申 請 者	フリガナ		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は、申請者住所・電話番号は記載不要です。
※申請者が代行事業者の場合は、申請者住所欄に事業所名を記入してください。
※医療保険被保険者証の写しを添付してください。

確認	入力	出力	発送		