介護保険被保険者証等再交付申請書

横 手 市 長　あて

令和　　　年　　　月　　　日

　次のとおり申請します。

　なお、紛失した証を発見した場合は速やかに返還いたします。

１．申請者（この申請書を実際に記入される方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 被保険者  との関係 |  |
| 住　所 | ℡　　　　　－　　　－ | | |

※申請者が被保険者本人の場合は、上欄中の住所を記入する必要はありません。

２．再交付を希望する証

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | | | | 明 ・ 大 ・ 昭  　　　　年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | | | ℡　　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証の種類  （該当に○） | | | | | １　被保険者証（※きいろ）  ２　資格者証（暫定被保険者証）  ３　受給資格証明書  ４　負担限度額認定証（※みどりいろ）  ５　特定負担限度額認定証（※みどりいろ）  ６　利用者負担額減額・免除等認定証（※そらいろ）  ７　介護保険負担割合証（※さくらいろ）  ８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付の理由  （該当に○） | | | | | １　紛失・消失  ２　破損・汚損  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 横手市  記入欄 | 再交付日　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | 処理者印 | 《窓口受付印》 |
| 備　考 |