

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	Tel — —		

※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	Tel — —							
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			