|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |  | □　運転免許証□　身分証明書□　公務員（役場等）の証明氏名　　　　　　　　　　　　　印 |
|  |  |  |  |
| 下記のとおり再交付してよろしいか伺います。 |

|  |
| --- |
| **介護保険　被保険者証等再交付申請書**　高畠町長　髙梨　忠博　殿　次のとおり申請します。 |
|  |  | 申請年月日 | 令和　　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 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治大正　　　年　　月　　日昭和 |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |
|  |
|  | 再交付する証明書 | 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 |  |
| 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 |  |  |
|  |

　備考　用紙の寸法は、日本工業規格Ａ列４とする。