別記様式第5号(第7条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険　被保険者証等再交付申請書　　榛　東　村　長　様　　　　次のとおり申請します。 |
| 　 | 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、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 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 |
| 　 | 再交付する証明書(認定証) | 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5　負担限度額認定証6　特定負担限度額認定証(旧措置入所者)7　利用者負担減額・免除認定証(旧措置入所者)8　利用者負担軽減確認証(社会福祉法人等)9　利用者負担額減額認定証(法施行時の訪問介護利用者等) | 　 |
| 申請の理由 | 1　紛失・焼失2　破損・汚損3　その他(　　　　　　　　) |
| 　　　第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 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 受付 | 受付日 | 受付者 | 処理日 | 処理者 | 　 |
| ／ | 　 | ／ | 　 |
| 　 |