様式第12号(第13条関係)

介護保険　被保険者証等再交付申請書

牧之原市長

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			
	被保険者氏名		生年月日	年　月　日
			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　負担限度額認定証 3　特定負担限度額認定証（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証） 4　受給資格証明書 5　資格者証 6　利用者負担額減額・免除等認定証 7　利用者負担額減額・免除等認定証（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証） 8　社会福祉法人等利用者負担額減額確認証 9　介護保険負担割合証
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	

保険者確認欄	身元確認	番号確認	代理権確認	確認者
	番号カ・免許・その他 (　　) (　　)	番号カ・通知カ・その他 (　　)	被保険者証・委任状 その他(　　)	