様式第4号(第2条関係)

介護保険　被保険者証等再交付申請書

稲敷市長
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　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　その他
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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

【職員記入欄】

交付方法	身元確認書類	
□窓口交付 □郵送	※一点確認書類 □個人番号カード□運転免許証□旅券 □身体障碍者手帳□介護支援専門員証 □その他（　　）	※二点確認書類 □介護保険証□負担割合証□限度額認定証 □医療保険証（国保・社保・後期） □その他（　　）

記入例（紛失）

様式第4号(第2条関係)

介護保険　被保険者証等再交付申請書

窓口に来た方の氏名、住所、電話番号、被保険者からみた関係を記入してください。

この申請を提出する日。

稲敷市長
次のとおり申請します。

		申請年月日	平成○○年○○月○○日
申請者氏名	稲敷　花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒３００－０５９５ 稲敷市江戸崎甲３２７７－１ 電話番号　０２９－８９２－２０００		

＊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

被保険者番号がわからない場合は空白で結構です。

被保険者の氏名、生年月日、性別、住所、電話番号を記入してください。

被保険者	被保険者番号	０５００００００１１１		
	フリガナ	イナシキ　タロウ		
	被保険者氏名	稲敷　太郎	生年月日	明・(大)・昭１０年　１月　１日
			性　別	(男)　・　女
	住　所	〒３００－０５９５ 稲敷市江戸崎甲３２７７－１ 電話番号　０２９－８９２－２０００		

該当番号に○をつけてください。

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 5　その他
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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

留意事項
・申請時には、被保険者または申請者の身分が証明できるもの（運転免許証、医療保険証など）を提示してください。

【職員記入欄】

交　付　方　法		
□窓口交付 □郵送	※一点確認書類 □個人番号カード□運転免許証□旅券 □身体障碍者手帳□介護支援専門員証 □その他（　　）	※二点確認書類 □介護保険証□負担割合証□限度額認定証 □医療保険証（国保・社保・後期） □その他（　　）