**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

安中市長　様

　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 |  | 被保険者との関係 |  |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |

※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号の記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再交付する証明書 | 1　被保険者証 | 4　負担割合証 |
| 2　資格者証 | 5　負担限度額認定証 |
| 3　受給資格証明書 | 6　その他 |
| 申請の理由 | 1　紛失・焼失　2　破損・汚損　3　その他（　　　　　　　　） | |

※該当するものに○を付けてください。

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 |  |

市役所記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者の本人確認 | □運転免許証　□　健康保険証　□その他（　　　　　　　　） |
| 被保険者の本人確認 | □運転免許証　□　健康保険証　□その他（　　　　　　　　） |

【お問合せ】　安中市役所　027-382-1111

　　　　　　　高齢者支援課　介護保険係（内線1187）：被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証

　　　　　　　　　　　　　　介護認定係（内線1184）：資格者証、受給資格証明書