

介護保険 被保険者証等再交付申請書

北アルプス広域連合長 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

被保険者番号			個人番号		
フリガナ					
被保険者氏名					
生年月日	明・大・昭 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	6 特定負担限度額認定証(旧措置入所者)
	2 資格者証	7 利用者負担額減額・免除認定証
	3 受給資格証明書	8 利用者負担額減額・免除等認定証(旧措置入所者)
	4 負担割合証	9 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証
	5 負担限度額認定証	10 訪問介護利用者負担額減額認定証
	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	
--------	--	---------------	--

担当者印	申請内容確認	
	市町村	広 域
	・	・

市町村(広域)決裁欄						
主 務	課内合議	係 長	課 長	事務局長	連合長	起案 ・ ・
						決裁 ・ ・
						施行 ・ ・