

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
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	
--------	--	---------------	--

	申請内容確認	
	市町村	広域
担当者印	・	・

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	・	・