

この用紙は、「介護保険被保険者等再交付申請書」の書き方です。  
同封の「介護保険被保険者等再交付申請書」にご記入の上、郵送願います。

## ( 記入例 ) 介護保険被保険者証等再交付申請書

(あて先)

旭川市長

次のとおり証明書の再交付を申請します。

① 本人または申請者の名前、住所、本人との関係を記入して申請日付をご記入ください

↓※郵便での申請の時はご本人が申請して下さい

申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日
申請者氏名	旭川 太郎
本人との関係	本人
申請者住所	〒 <b>記載不要です</b> 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

② 被保険者ご本人の被保険者番号、名前、生年月日、性別、住所、電話番号をご記入ください

被 保 険 者	被保険者番号																		
	フリガナ	アサヒカワ タロウ																	
	氏名	旭川 太郎												生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日				
														性別	男 ・ 女				
	住所	〒000-0000 旭川市○条○丁目○番○号 電話番号00-0000																	

再交付する 証 明 書	① 被保険者証	③ 介護保険証の再交付は「 1 」に丸をして下さい。 下段の「申請の理由」は紛失された場合は「 1 」に丸をしてください
	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 ( )	

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