|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 令和　　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 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（　　　　　　　　 　　　　　　　） |

※申請者が被保険者本人以外の場合、委任状が必要。（但し「１　被保険者証」は、世帯を一にする同居家族からの申請に限り不要。）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 |  |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備 考 欄(旭川市記入) | 被保険者証の取り扱い（いずれかに○印）(1) 再交付のみ(2) 要介護認定等申請のため |  |