

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