

介護保険被保険者証等交付・再交付申請書

(宛先)

上尾市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 TEL ()		
申請書提出代理・代行者	該当に○ 地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 指定介護療養型医療施設 その他()		
	名称又は氏名 所在地又は住所 〒 TEL ()		印

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性別	男・女
	住所	〒 TEL ()		
再交付申請する証明書	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			
申請の理由	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 称		被 保 険 者 記 号 番 号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	扶 養 区 分	1 本人 2 扶養

	受付	確認①	確認②
郵送(/) 手渡し			