

記入例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

町田市長様

個人番号(マイナンバー)12桁をご記入ください。
※記入が困難な場合は、市で確認いたします。

市役所へ申請する日
を記入してください。

申請はご家族の方でも
可能です。

申請者氏名	次 申請はご家族の方でも 可能です。	申請年月日	××年××月××日
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 町田市〇〇町〇丁目〇番〇	被保険者 との関係	本人
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

被 保 険 者	被保険者番号	/	/	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	
	フリガナ	カイゴ タロウ							生年月日	明・大	昭	××年××月××日		
	被保険者氏名	介護 太郎							性別	男	・	女		
	被保険者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 町田市〇〇町〇丁目〇番〇号							電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇				

再交付する 証明書	<input checked="" type="radio"/> 1. 被保険者証 <input type="radio"/> 2. 資格者証 <input type="radio"/> 3. 受給資格証明書 <input type="radio"/> 4. 負担割合証 <input type="radio"/> 5. 負担限度額認定証	再交付を希望する証明書に ○をつけてください。
	申請の理由	<input checked="" type="radio"/> 1. 紛失・焼失 <input type="radio"/> 2. 破損・汚損 <input type="radio"/> 3. その他 ()

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

この欄は記入しないでください。

発行	処理者