|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　被保険者証等再交付申請書福島市長　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者 | □ | 本　人 |
| □ | 親族の方（氏名等を記入してください。） |
| 　 | フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　　 |
|  |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | □明治　□大正　□昭和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　　 |
| 再交付する証明書 | １　被保険者証２　負担割合証 | ３　負担限度額認定証４　特定負担限度額認定証 |
| 申請理由 | 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歳までの医療保険加入者）の方は、下欄にご記入ください。

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

|  |
| --- |
| 保険者使用欄 |
| 受付年月日 | 年　　　月　　　日 | データ入力 |  |
| 本人確認欄 | 個人番号カード | 添付書類 | 委任状 |
| 通知カード　・免　保　パ　在　身　その他（　　　　　） | その他（　　　　　） |

 |