

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			3 負担限度額認定証				
			2 負担割合証			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									
提出者	事業所名								
	担当者名		電話番号		()				
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 ()	