

介護保険被保険者証等再交付申請書

池田市長 様

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名		続柄	
申請者住所	電話番号 ()		

※申請者が本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号	1000	個人番号	
フリガナ		性別	男・女
被保険者氏名			
住所	〒 -		
生年月日	大・昭 年 月 日	電話番号	()
再交付する証明書	1. 被保険者証 2. 資格者証 4. 負担割合証 3. 受給資格証明書 5. その他()		
申請の理由	1. 紛失 焼失 2. 破損 汚損 3. その他 ()		

備考	(本人確認) 運転免許証・介護支援専門員証等・個人番号カード・パスポート その他 ()・() / 手渡し・郵送
	(特記事項)

※2号被保険者の場合は、医療保険証のコピーが必要

決 裁 欄	
課長	担 当

受領者氏名	
-------	--