

様式第3号(第4条関係)

介護保険被保険者証等交付・再交付申請書

佐渡市長 様

次のとおり届け出ます。

| | | | |
|-------|-----------|--------|----------|
| | | 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 | | |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

| | | | | |
|------------------|--------|-----------|------|-------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 〒 電話番号 | | |

| | |
|----------|---|
| 再交付する証明書 | 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 5 限度額認定証 |
| 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歳までの医療保険加入者)のみ記入

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