

別記第2号様式(第3条関係)

介護保険 被保険者証等交付・再交付申請書

(宛先) 見附市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者	氏名	被保険者との関係	
	住所	〒 電話番号	
委任欄	次の者に申請事務を委任します。委任者(被保険者)		
	委任される人の氏名		
	委任される人の住所		

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄の記載は不要です。

		個人番号	
被保険者	被保険者番号		生年月日 年 月 日
	氏名		性別 男・女
	住所	〒 電話番号	

\*再交付の場合のみ記入

再交付する証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 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( )

\*第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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