

介護保険 被保険者証等再交付申請書

有田町長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	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・電話番号は記入不要です。

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									
	氏名												生年月日		年 月 日									
	住所	〒 電話番号 — —																						

※個人番号欄は、1，3，4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他（ ）
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 記 号 番 号	
--------	--	---------------------	--

【有田町処理欄】

☐ 申請者の本人確認（運転免許証・マイナンバーカード・パスポート その他 ）	
☐ 証交付（ 月 日・本庁・東出張所・健康福祉課）	