介護保険　被保険者証等再交付申請書

延 岡 市 長
次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	令和　　年　　月　　日
申請者氏名	※署名できない場合は押印が必要です。	本人との関係	
申請者住所	〒 電話（　　）　　－		

＊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	2 6 0 0		
	フリガナ			
	被保険者氏名	※署名できない場合は押印が必要です。	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　　別	男　・　女
	住　　所	〒 電話（　　）　　－		

☐　私は、上記申請者が被保険者証等の再交付を受けることに同意します。

再交付する書類	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
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		医療保険被保険者証記号番号	

本人確認	証拠書類（免・個番・身手・パス・健保・年手・住票・生保・介）・職員による証明・聴聞
	個人番号（　　）・その他（　　）