介護保険　被保険者証等再交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 奥多摩町長　様 | | | |
| 次のとおり申請します。 | | 申　請　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 | | | | 大 ・ 昭  年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 性　別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  奥多摩町  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | １　　被保険者証  ２　　負担割合証  ３　　受給資格証明書  ４　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １　紛失・消失　　　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 |  | 被保険者証記号番号 |  |