第５号様式（第２条、第13条、第24条、第27条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

（宛先）弥富市長

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　月　日 |
| 申請者氏名 |  | 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 | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する書類 | １　被保険者証  ２　負担割合証  ３　受給資格証明書  ４　負担限度額認定証  ５　特定負担限度額認定証  ６　利用者負担額減額・免除認定証  ７　利用者負担額減額・免除等認定証（要介護旧措置入所者） |
| 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）のみ記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者等記号・番号 |  |