様式第１号(第６条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

尾道市長　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 | 明・大・昭 |
| 被保険者氏名 |  | 年 　 月 　 日 |
| 住所 | 〒　　　-　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　- |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する被保険者証等 | １　被保険者証２　資格者証３　受給資格証明書４　負担限度額認定証５　負担割合証６　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歳までの医療保険加入者)のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医　療保険者名 | 　 | 医療保険被保険者証　記 号 番 号 | 　 |