介護保険被保険者証等再交付申請書

（あて先）　富　士　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		被保険者 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	フリガナ		個人番号	
	氏　　名		生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日
			性　　別	男　・　女
	住　　所	〒 電話番号		

・再交付後に被保険者証を発見したときは、速やかに返納します。
・破損・汚損した被保険者証は、返納します。

再交付する 証明書及び 認定証	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	５ 負担限度額認定証 ６ 特定負担限度額認定証 ７ 利用者負担額減額・免除認定証 ８ 訪問介護利用者負担額減額認定証
申請の理由	１　紛失・消失　　２　破損　　３その他（　　）	

・第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		被保険者証記号番号	

・下欄は、記入しないでください。

確認事項 ・運転免許証　　・パスポート　　・その他（　　） （No.　　）	処理結果	・窓口交付 ・郵送