## 介護保険被保険者証等再交付申請書

## 御殿場市長様

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		Ŧ	電話	
		*申請者が被保	険者本人の場合、申請者信	主所・電話番号は記載不要
被保険者	被保険者	<b>首番号</b>	個人番号	
	フリガナ		- 生年月日	年 月 日
	被保険者	行氏名	性別	男 ・ 女
	住	所	〒	
電話				
再交付する証明書		1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 特定標準負担額減額認定証 (特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証) 5 利用者負担額減額・免除認定証 6 利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証) 7 訪問介護利用者負担額減額認定証 8 標準負担額減額認定証 9 社会福祉法人による利用者負担減免対象確認証 1 0 負担割合証 1 1 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歳の医療保険加入者)のみ記入				
医療保険者名		名 医療保	険被保険者証記号番号	
		•		