

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛て先)四日市市長

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	本人との関係	1. 本人 2. その他()
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・電話番号は不要です。
 * 再交付する被保険者証等は、原則、郵送にて被保険者本人の住民票上の住所地へ送付いたします。
 なお、即日交付を本人または同居の家族が申請する場合は、申請者の本人確認ができる書類等が必要になります。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 () 電話番号 ()		

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. 負担割合証 5. 負担限度額認定証 6. その他 ()
申請の理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()	

誓約

上記の理由により、被保険者証等の再交付を申請します。
 なお、紛失しました上記の書類を発見したときは直ちに返納し、紛失により生じる事故については、一切わたしの負担とし、貴市に迷惑をかけません。

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	1. 本市の国民健康保険 2. その他 ()	医療保険 被保険者証 の記号番号	
医療保険者の番号		医療保険の資格取得日	年 月 日

※ 以下の欄は市記載欄ですので、記入の必要はありません。

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身障者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
受付	<input type="checkbox"/> _____地区市民センター <input type="checkbox"/> 市民窓口 <input type="checkbox"/> 介護保険課 <input type="checkbox"/> 高齢福祉課
保険証交付欄	<input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 高齢福祉課にて郵送 <input type="checkbox"/> 介護保険課にて郵送 <input type="checkbox"/> 認定申請と同時
負担割合証・負担限度額認定証等交付欄	<input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 介護保険課にて郵送 <input type="checkbox"/> ()

受付印

(介護保険課)