

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

富士河口湖町長 あて

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	被保険者番号			
	フリガナ			
	被保険者氏名	生年月日	大・昭	年 月 日
		性別	男 ・ 女	
住所	〒  電話番号( )			

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 負担割合証（令和 年度分） 3 資格者証 4 受給資格証明書 5 負担限度額認定証（令和 年度分） 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（令和 年度分）
申請の理由	1 紛失・焼失    2 破損・汚損    3 その他( )

※破損・汚損の場合は、破損・汚損した被保険者証等を返却してください。

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------

※町記入欄

申請者の 本人確認書類	1. マイナンバーカード    2. 運転免許証 3. その他( )	世帯状況（同一・別） 委任状（あり・なし） 代理人代行届（あり・なし）	発行者
----------------	---------------------------------------	---	-----