|  |
| --- |
| 介護保険　被保険者証等再交付申請書（宛先）　野田市長　　　　年　　　　月　　　　日　次のとおり申請します。 |
| 申請者 | 氏名 |  | 続柄（被保険者との関係） |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
|  |
| 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　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
|  |
| 再交付する申請書（番号に○をつけてください） | １　介護保険被保険者証　　　　　　　　２　介護保険資格者証３　介護保険受給資格証明書　　　　　　４　介護保険負担割合証 |
| 申請の理由 | １　紛失・消失　　　２　破損・汚損　　　３その他（　　　　　　） |
| ２号被保険者（４０歳～６４歳の医療保険加入者）のみ下記に記入してください。 |
| **医療保険者名** |  | 医療保険被保険者証記号・番号 |  |
|  |
| **市記載欄** | 申請者本人確認 | 被保険者個人番号確認 | 交　付　日 |
| □個人番号カード□免許証□医療保険証□その他（　　　　　　　　） | □個人番号カード・免許証（イ）□写真付き証明書（イ以外）（ロ）□保険証等（２点以上）（ハ）□その他（　　　　　　　　　　　　　） | 年　　月　　日（窓口・郵送） |