|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | | |