

介護保険 負担限度額認定証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 野田市長

次の通り申請します。

申請者	氏名		続柄 (被保険者との関係)	
	住所	〒		
	電話番号			

※申請者が本人の場合、住所・電話番号は書く必要がありません。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0					個人番号								
	フリガナ									生年月日	明・大・昭 年 月 日							
	氏名																	
	住所	〒																

申請の理由	1. 紛失・消失	2. 破損・汚損	3. その他 ()
-------	----------	----------	------------

下記の項目は、2号被保険者（40歳～64歳の医療保険被保険者）のみ記入してください。

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)