

様式第12号(第8条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

相馬市長

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	相馬 花子	本人との関係	長女
申請者住所	〒976-8601 相馬市中村字北町63番地の3 電話番号 (0244) 37-3065		

*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	0000123456		
	フリガナ	ソウマ タロウ	個人番号	
	氏名	相馬 太郎	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日
			性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	〒 同上 電話番号()			

再交付する 証明書	<input checked="" type="radio"/> 1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 要介護認定・要支援認定等結果通知書 5 負担割合証 6 その他		
申請の理由	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()		

2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	
--------	--	----------------------	--

※市処理欄

身分証明書 の確認	再交付者 (確認者)印	再交付日	備考
		年 月 日	同時申請 あり ・ なし