

介護保険 被保険者証等再交付申請書

芦屋市長 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	本人との関係	
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	0 0 0 0	マイナンバー (個人番号)																
	フリガナ												性別	男 ・ 女					
	氏名												生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	住所	〒											電話番号 — —						

再交付する証明書	1 被保険者証	5 負担限度額認定証
	2 資格者証	6 負担割合証
	3 受給資格証明書	7 ()
	4 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証	
申請の理由	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	
--------	--	---------------	--

<証発行> 未 ・ 済 (/) 窓口 ・ 郵送

係長	係	受付
----	---	----