

様式第3号(第2条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

七尾市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日		
申請者氏名			本人との関係
申請者住所	電話番号		

被保険者番号			個人番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日	
被保険者氏名					
住所	〒				

再交付する 証明書	1 被保険者証
	2 資格者証
	3 受給資格証明書
	4 負担限度額認定証
	5 特定負担限度額認定証(旧措置)
	6 利用者負担額減額・免除等認定証(旧措置)
	7 負担割合証
	8 その他()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 未着 4 その他 ()

第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		医療保険被保険者記号・番号	
--------	--	---------------	--

確認欄	番号	個人番号カード 住民票 その他()	身元	個人番号カード 運転免許証 介護支援専門員証 その他()	代理権	保険証(介護・ 国保・後期) 負担証・負担証 その他()	委任状 保険証(介護・国保・後期) 負担証 負担証 その他()	法定 国保・後期 負担証
-----	----	--------------------------	----	--	-----	--	--	--------------------