

介護保険被保険者証等再交付申請書

（あて先） 亀 岡 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

※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です。

申請者氏名		被保険者との関係	
※申請者住所	〒 — 電話番号 ( ) —		

被保険者番号	0	0	0	0										
個人番号														
フリガナ								生年	明治・大正・昭和			性	男	
被保険者氏名								月日	年	月	日	別	女	
被保険者住所	〒 — 電話番号 ( ) —													
再交付する 証明書等	1 被保険者証					5 負担割合証					2 資格者証		3 受給資格証明書	
申請の理由	1 紛失・消失		2 破損・汚損		3 未着		4 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							

個人番号カード・運転免許証・健康保険証

介護保険証・その他 ( )

により確認済み No. \_\_\_\_\_

課 長	副課長	係 長	担 当