

介護保険被保険者証等〔 交付・再交付 〕申請書

青梅市長 殿

次のとおり申請します。

										申請年月日	令和 年 月 日				
被 保 険 者	被保険者番号										個人番号				
	フリガナ										生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏名											性別			
	住所	〒									電話番号 ()				

※ 被保険者証交付申請の場合、被保険者番号は記載不要

窓口に来た人	フリガナ										被保険者との関係				
	氏名											住所	〒		
	住所										連絡先電話番号（自宅・勤務先） ()				

※ 被保険者本人が提出する場合、記載不要

※ 第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名 (医療保険者番号)										医療保険被保険者証 記号番号				
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--

※ 再交付申請の場合のみ記入

再交付する 証明書	1 被保険者証	4 負担割合証
申請の理由	2 資格者証	
	3 受給資格証明書	
	1 紛失・焼失	
	2 破損・汚損	
処 理	3 住所変更	
	4 その他 ()	
	1 窓口交付	2 郵送