

様式第12号（第10条関係）

介護保険被保険者証再交付申請書

田村市長様  
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 | 〒<br>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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号    |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 個人番号      |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ      |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者氏名    | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |           | 性別   | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所               | 〒<br>電話番号 |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |                                |  |
|--------------|--------------------------------|--|
| 再交付する<br>証明書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書 | 4 負担限度額認定証<br>5 利用者負担額軽減認定証<br>6 介護保険負担割合証 |
| 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歳までの医療保険加入者）のみ記入

|        |  |               |  |
|--------|--|---------------|--|
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
|--------|--|---------------|--|