介護保険　被保険者証等再交付申請書

山陽小野田市長　宛

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		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
	被保険者氏名		性　別	男　・　女
	住　　所	〒 電話番号		

再交付する 証明書 （認定証）	1　被保険者証 2　負担割合証 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（旧措置入所者） 6　利用者負担減額・免除認定証（旧措置入所者） 7　利用者負担軽減確認証（社会福祉法人等） 8　利用者負担額減額認定証（法施行時の訪問介護利用者等）
申請の理由	1　紛失・焼失 2　破損・汚損 3　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		医療保険被保険者証 記号番号	

受付	□本庁 □山陽総合事務所 □（　　）支所	受付日	受付者	処理日	処理者
		／		／	

<本人確認>
□個人番号カード　□免許証　□住基カード　□旅券
□身障者手帳　□健康保険証　□年金手帳
□他１（　　）□他２（　　）

受　付　印