支所受付印	本庁受付印

介護保険　被保険者証等（再交付）交付申請書

神 石 高 原 町 長　様

つぎのとおり申請します。

		申請年月日	令和　　年　　月　　日
申 請 者 氏 名		被保険者との関係	
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				
	被 保 険 者 氏 名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	明・大・昭　年　月　日	
			性別	男　・　女	
	住　　所	〒 電話番号			

再交付する証等	□ 被保険者証　□ 負担限度額認定証 □ 負担割合証　□ 利用者負担額減額・免除認定証 □ 受給資格証明書　□ 保険料納付書（　年度第　　期分） □ その他
申　請　の　理　由	□ 紛失・焼失　□ 破損・汚損　□ 認定のため □ 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	

※2号被保険者の方は加入している医療保険証の写しを添付してください。