

介護保険被保険者証等再交付申請書

今 別 町 長 様

次のとおり再交付をお願いします。

なお、万一証の不正使用等により、貴町に対し損害が生じた場合は、速やかに責任を取り、貴町に一切迷惑をかけることを誓約いたします。

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 | | | |
| | 被保険者氏名 | 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 明 書 | 1 被保険者証 2 資格者証 3 受給者資格証明書 4 その他 () |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 () |