介護保険　被保険者証等再交付申請書

播 磨 町 長　　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成　　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・電話番号の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号			
	フ リ ガ ナ		生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日生
	被保険者氏名		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（　　）

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			
保 険 者 番 号			
記　　号		番　　号	