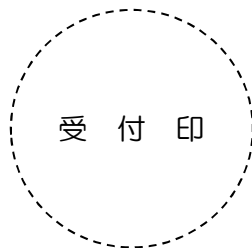


## 介護保険被保険者証等再交付申請書

久慈広域連合長 様

被保険者証等の交付について、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・電話番号の記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名	(印)	生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性 別	男 ・ 女
住 所	〒 - - 電話番号 - - -			

交付する証明書	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 被保険者証（再交付）</td> <td style="width: 50%;">6 旧措置者特定負担限度額認定証</td> </tr> <tr> <td>2 資格者証</td> <td>（再交付）</td> </tr> <tr> <td>3 受給資格証明書</td> <td>7 旧措置者利用者負担限度額・免除</td> </tr> <tr> <td>4 負担限度額認定証（再交付）</td> <td>等認定証（再交付）</td> </tr> <tr> <td>5 訪問介護利用者負担額減額認定証（再交付）</td> <td>8 社会福祉法人等利用者負担軽減対</td> </tr> <tr> <td></td> <td>象確認証（再交付）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 負担割合証（再交付）</td> </tr> </table>	1 被保険者証（再交付）	6 旧措置者特定負担限度額認定証	2 資格者証	（再交付）	3 受給資格証明書	7 旧措置者利用者負担限度額・免除	4 負担限度額認定証（再交付）	等認定証（再交付）	5 訪問介護利用者負担額減額認定証（再交付）	8 社会福祉法人等利用者負担軽減対		象確認証（再交付）		9 負担割合証（再交付）
1 被保険者証（再交付）	6 旧措置者特定負担限度額認定証														
2 資格者証	（再交付）														
3 受給資格証明書	7 旧措置者利用者負担限度額・免除														
4 負担限度額認定証（再交付）	等認定証（再交付）														
5 訪問介護利用者負担額減額認定証（再交付）	8 社会福祉法人等利用者負担軽減対														
	象確認証（再交付）														
	9 負担割合証（再交付）														
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）のみ記入してください。

医 療 保 険 者 名	医療保険被保険者証記号番号	
-------------	---------------	--