様式第9号(第7条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　　　　国東市長　　　　　　様 | 　 |
| 介護受付 | 受付No. | 　 |
| 　 | 　 |
| 次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。（介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・介護保険負担限度額認定証）必要なものに○を付けて下さい。※太枠の中を記入してください。 |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個　人　番　号 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 　 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者住所 | 〒電話番号(　　　　　)　　　―　　　　　 |
| 　 |
| 　 | 申請の理由 | 　　　1　紛失　　　2　破損・汚損　　　3　その他(　　　　　　　　　　　) | 　 |
| ※　申請の理由が、2による場合は当該被保険者証を添付してください。　　第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)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 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 申請者 | フリガナ申請者氏名 | 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 　 | 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は、申請者住所・電話番号は記載不要です。　　※申請者が代行事業者の場合は、申請者住所欄に事業所名を記入してください。※医療保険被保険者証の写しを添付してください。　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 確認 | 入力 | 出力 | 発送 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |