

別記様式第6号（第6条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

（申請先）標茶町長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請人氏名	印		本人との関係		
申請人住所	〒		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																		
	フリガナ																		
	氏名	印												生年月日	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

医療保険名		医療保険被保険者証記号番号	
-------	--	---------------	--