

様式第4号(第5条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

伊佐市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	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												
	フリガナ		個人番号										
	被保険者氏名		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 受給資格者証明書 4 負担割合証
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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者 証 記 号 番 号	
--------	--	-----------------------	--

誓 約 書

紛失した被保険者証等を見つけた場合はすぐお返しします。今後保管については十分注意し、紛失した被保険者証等による事故発生の場合は、損害その他一切の責任を負うことを誓約します。

年 月 日

氏 名



伊佐市長 様