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 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　 |
| 　 |
| 　 | 再交付する証明書 | 1　被保険者証　　　　　　　4　負担割合証2　資格者証　　　　　　　　5　負担限度額認定証3　受給資格証明書 | 　 |
| 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　　　　　　　　　　印　※署名でない又は代筆の場合は、記名押印してください。　　伊佐市長　　　　様 |