

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 ㊟
※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	