

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												
	被保険者氏名												
	住 所	〒											
		個人番号											
		生年月日	年 月 日										
		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 負担割合証 5 負担限度額認定証
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 (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