第50号様式(別表第3関係)

|  |
| --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　(宛先)　戸田市長 |
| 　 | 次のとおり申請します。 | 申請年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 申請者氏名 | 　 | 被保険者との関係 | 　 |
| 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 |  　　　年　　　月　　　日明・大・昭 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 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　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 | 　 | 医療保険被保険者記号・番号 | 　 | 　 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 事務所使用欄 |
| 交付 | 即時交付　／　郵送 （送付先変更　あり・なし） |
| 本人確認 | □運転免許証　　　　□介護支援専門員証□マイナンバーカード |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 決裁 | 課長 | 主幹 | 副主幹 | 担当 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
|