

様式第6号(第6条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)富士見市長

次のとおり申請します。

| | | | |
|-------|---|--------|----------------|
| | | 申請年月日 | 令和 5 年 4 月 1 日 |
| 申請者氏名 | 富士見 一郎 | 本人との関係 | 長男 |
| 申請者住所 | 〒354-0001 富士見市大字東大久保1234番地56 電話番号 090 (XXXX) XXXX | | |

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要

* ケアマネジャー等が提出を代行する場合は、事業所の名称、種別及び提出代行者の氏名を申請者氏名欄に記載すること。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--|------|------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 0000123456 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | フジミ ハナコ | | 生年月日 | 大正15年12月24日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | 富士見 花子 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒354-0021 富士見市大字鶴馬1800番地の1 電話番号 049 (251) 2711 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--------------|---|
| 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 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |
|--------|--|---------------|--|