

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

浪江町長  
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	個人番号										
	住 所	生年月日	明・大・昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女						
再交付する 証 明 書												
該当する数字 を○で囲って ください。	1 被保険者証	5 負担限度額認定証										
	2 資格者証	6 特定負担限度額認定証										
	3 受給資格証明書	7 要介護等認定結果通知書										
	4 利用者負担額減額・免除認定証	8 負担割合証										
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	
--------	---------------	--

〒

避難先(送付先)住所 \_\_\_\_\_