様式第3号（第3条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

雫石町長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　　月　　日
申請者氏名		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		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
	フ　リ　ガ　ナ			
	氏　　名		性　別	男　・　女
	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　認定証（ □負担限度額　　□利用者負担額減額・免除） 5　旧措置入所者用認定証 （□特定負担限度額　□利用者負担額減額・免除） 6　負担割合証 7　その他（　　）
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	

発行		受理	