**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

　　（あて先）

　　広島市　　　　　区長

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | |
|  | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 本人との続柄 | | | |  |
| 申請者住所 | | | | | | 〒      電話番号（　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊申請者が被保険者本人の場合は、申請者欄の記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |
| 被保険者 | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明治  大正　　　年　　月　　日  昭和 | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者の | | | | | | | 〒    　広島市 　 　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | （　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付する  証　明　書 | | | | | | | １　被保険者証　　　　　　４　認定結果通知書  　２　資格者証　　　　　　　５　その他（　　　　　　　　　　　　）  　３　受給資格証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | | | | | | 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 | | | | | | | － | |

　　　　◎太枠欄は、被保険者本人が記載してください。

　　（太枠欄を代筆した場合）　＊申請者が代筆する場合は代筆理由のみ記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代筆者氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 代筆者住所 |  | | |
|  |  | | |

＊区役所記入欄

令和　　年　　月　　日

郵送・手渡し

本人確認