**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

**甲佐町長　様**

**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** |  | **本人との関係** |  |
| **申請者住所** | **〒****電話番号　　（　　）** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者番号** |  |  | **生年月日** |  **明** **大　　　年　 月　 日** **昭** | **性別** | **男****女** |
| **個人番号** |  |
| **フリガナ** |  |
| **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. **負担限度額認定証**
4. **利用者負担額減免認定証**
5. **利用者負担減免認定証**
6. **特定負担額減額認定証**
7. **旧措置者入所者利用負担額減免認定証**
8. **訪問介護利用者負担額減額認定証**
9. **負担割合証**
 |
|  | **1紛失・焼失　2破損・汚損　3未着　4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** |  |

　**(注)**

**１　被保険者証・負担限度額認定証・負担割合証を破ったり汚した場合はその証を添えて申請してください。**

**２　被保険者証・負担限度額認定証・負担割合証の再交付を受けた後、失った被保険者証・負担限度額認定証**

**負担割合証を発見したときは、直ちに甲佐町に返還してください。**