

介護保険被保険者証等再交付申請書

（あて先）函 館 市 長

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、申請者住所欄は記載不要

被保険者番号		
個人番号		
フリガナ		
被保険者氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	性別	男 ・ 女
被保険者住所	電話番号	

再交付する 証 明 書	1 被保険者証	5 負担限度額認定証
	2 資格者証	6 利用者負担額減額・免除等認定証 <small>（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証）</small>
	3 受給資格証明書	7 特定負担限度額認定証 <small>（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証）</small>
	4 利用者負担額減額・免除 認定証	8 負担割合証
再交付の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）	

※第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医 療 保 険	被保険者証記号番号
--------	---------	-----------