

石狩市介護保険被保険者証等再交付申請書

石狩市長 様
 次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。

	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							個人番号											
	フリガナ								生年月日	年 月 日									
	被保険者氏名								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 負担割合証 3 負担限度額認定証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

※保険者記載欄

交付種別	窓 口	郵 送	自宅外の郵送	
本人確認	・運転免許証 ・医療保険証等 ・顔写真付身分証明書 ・聴 聞			
聴聞回答項目	・氏 名 ・生年月日 ・住 所 ・世帯主氏名 ・本 籍 ・前住所 ・その他（・診察券 ・クレジットカード ・会員証 ・郵送物 ・ ）			
保険者決裁欄	課 長	主 査	担 当	