

様式第4号 (第6条関係)

美濃加茂市長 伊藤 誠一 宛

介護保険被保険者証等再交付申請書

申請年月日： 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	住所	〒 — 電話番号 () —		
	氏名	印	被保険者本人との関係	

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所及び電話番号は記載しなくても結構です。

被保険者	被保険者番号							
	個人番号							
	フリガナ					生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
	氏名					性別	男 ・ 女	
	住所	〒 — 電話番号 () —						

申請理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()
再交付する証明書等	① 介護保険被保険者証 ② 介護保険受給資格証明書 ③ 介護保険負担割合証 ④ 介護保険負担限度額認定証 ⑤ 介護保険特定負担限度額認定証 ⑥ 介護保険資格者証

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) の方は、下記についても記入してください。

医療保険者名	
医療保険被保険者証記号番号	

- (備考) 1 申請理由が2の破損又は汚損の場合は、その証明書等を提示してください。
 2 再交付された被保険者証等を受け取った後に、紛失した被保険者証等を発見したときは、その被保険者証等を速やかに市に返還してください。