介護保険　被保険者証等再交付申請書

南アルプス市長　様
次のとおり申請します。

		申請年月日	年　　月　　日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に○（居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護療養型施設） 印		
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 氏　名		性　　別	男　・　女
			生年月日	明・大・昭　年　　月　　日
	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・受給者資格証明書 4・負担割合証 5・利用者負担減免確認証（社会福祉法人等） 6・特定入所者介護サービス費認定証（負担限度額認定証） 7・その他（　　）
申請の理由	1・紛失　　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

医療保険者氏名		医療保険被保険者証記号番号	

市役所記載

保険者確認欄	申請受付		申請入力	