第5号様式(第2条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)春日井市長

次のとおり被保険者証等の再交付について申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請年月日 | 　 |
| 申請者氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | 　□　被保険者証　　　　　□　負担割合証　□　資格者証　□　受給資格証明書　□　負担限度額認定証 |
| 申請の理由 | 　□　紛失・焼失　　　　□　破損・汚損　　　　□　その他(　　　　　　　　) |

備考　1　破損又は汚損のときは、その被保険者証等を添えて申請してください。

　　　2　紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに返還してください。

………………………………… ここから下は記入しないでください。………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人確認書類 |  | 受　付 | 入　力 | 回　収 | 交　付 | 内　容確　認 |
| 免許証・医療被保証・通帳その他（　　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |
|  |