

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 沼津市長
次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		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		提供難
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒 電話番号			

※ 被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証・特定負担限度額認定証の再交付申請には、個人番号（マイナンバー）の提供が必要になりますが、提供が困難な場合は、個人番号欄右の提供難に○を付けてください。その場合は、個人番号の確認の為の添付書類等も必要ありません。

再交付する 証明書	<ul style="list-style-type: none"> ・個人番号が必要な証明書 1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 特定負担限度額認定証 ・個人番号が不要な証明書 1 資格者証 2 受給資格証明書 3 その他 () 		
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	
--------	--	----------------------	--