様式第３号（規則第６条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

庄　原　市　長　様

再交付について、次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　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	明・大・昭　　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	１　介護保険被保険者証 ２　介護保険負担割合証 ３　介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証） ４　介護保険受給資格証明書 ５　介護保険負担限度額認定証 ６　その他（　　）
申請の理由	１　紛失・焼失 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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	