受　付　印

介護保険　被保険者証等再交付申請書

（あて先）　太 田 市 長

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成　　年　　月　　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒　　- 電話番号　　（　　）		

＊届出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です。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	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　受給資格証明書 4　減額・免除認定証　（種類　　） （受給者番号　　） 5　減免確認証　（確認番号　　）
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	

処理欄	受付確認	本　人　確　認	最終検査	交　付　方　法
		□　運転免許証　□　パスポート □　ケアマネージャー証 □　その他　（　　）	・　・	□　窓　口 □　申請時預かり □　郵送（　・　・　）