様式第５号（第１０条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

塩谷町長　様

次のとおり申請します。

申請年月日：　　年　　月　　日

フリガナ		本人との関係	
申請者氏名			
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		
再交付する証明書		１　被保険者証 ２　資格者証 ３　受給資格証明書 ４　負担限度額認定証 ５　負担割合証		
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	

※申請には、申請者の本人確認書類（運転免許証、保険証等）の提示が必要です。

※申請者が成年後見人・保佐人・補助人の場合は、登記事項証明書（発行日より３ヶ月以内）の原本または写しをご持参ください。

確認書類	確認者	受付
□運転免許証　□マイナンバーカード □健康保険証　□介護保険被保険者証　□障がい者手帳 □職員証（介護支援専門員証等）　□登記事項証明証原本または写し □その他（　　）　※いずれか一点		