



# 記入例 介護保険 被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
	フリガナ	ウツノミヤ タロウ					性	別	男・女			
	被保険者氏名	宇都宮 太郎					生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日				
住 所	〒○○○-○○○○ (電話番号○○○-○○○○) 宇都宮市○○町○○番地											

再交付する 証 明 書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 4 減額認定証 ( )	希望する番号に ○をする。
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 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）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	—
--------	--	---------------	---

※ 証の送付先を介護保険施設等または親族宅等にする場合記入してください。

送 付 先	所在地	〒○○○-○○○○ (電話番号○○○-○○○○) 宇都宮市△△町△番地	理 由	自宅には受け取る者がいないため。
	名称	○○特別養護老人ホーム		

(あて先) 宇都宮市長  
上記のとおり、被保険者証等の再交付を申請します。

平成 ○年 ○月 ○日

住所 〒○○○-○○○○  
申請者 宇都宮市○○番地○○町  
氏名 宇都宮 太郎

※ 被保険者本人、被保険者本人と住民票上同一世帯の親族、同一地番の親族、民生委員 以外の方は、委任状と身分証明書が必要です。

(電話番号○○○-○○○○) 被保険者との続柄 本人

※保険者処理欄

受 付 者	被証 保回 険収 者	済 ・ 未	添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	資 交 格 者 証 付	済 ・ 未	証 交 付	交 付 年 月 日	
								. . .	
								備 考	<input type="checkbox"/> 認定申請により資格者証交付