

# 記載例

## 介護保険被保険者証等再交付申請書

道志村長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 元 年 1 月 5 日	
申請者氏名	介護 太郎		本人との関係	子
申請者住所	〒 402-0200 南都留郡道志村6181-1 電話番号 0554-52-2113			

※ 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	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	
	フリガナ	カイゴ イチロウ	生年月日	大・昭 15 年 1 月 1 日
	被保険者氏名	介護 一郎	性別	男・女
	住 所	〒 402-0200 南都留郡道志村6181-1 電話番号 0554-52-2113		

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. 負担割合証 5. その他証明書( )
申請の理由	① 紛失 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	
--------	--	---------------	--