

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 小金井市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	個人番号																			
	被保険者番号																			
	フリガナ									明・大・昭										
	被保険者氏名									生年月日										
	住 所																			

再交付する 証明書	1 被保険者証	4 負担割合証
	2 資格者証	5 負担限度額認定証
	3 受給資格証明書	

申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()
-------	---------------------------

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		電話番号	

* 申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

2号保険者（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	
--------	--	---------------	--

この申請項目は、電子計算組織に記録されます。

申請者の本人確認書類（写真付公的証明書以外は2点確認） 免許証・住民基本台帳カードB（写真付）・個人番号カード（写真付）・健康保険証 年金手帳・診察券・学生証・写真付資格証明書・その他（ ）

小金井市記入欄				担当者
身分証の確認	有・無	被保険証の交付	未・済	