

記入例

様式第4号（第2条、第9条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

坂戸市長 あて
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	坂戸 花子	本人との係	妻
申請者住所	〒350-0292 坂戸市千代田1-1-1 電話番号 049-283-1331		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は、記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号										
	ふりがな	さかど たろう									
	被保険者氏名	坂戸 太郎									
	住 所	〒350-0292 坂戸市千代田1-1-1 電話番号 049-283-1331									
	個人番号										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	性 別	男 ・ 女									

再 交 付 する 証 明 書	① 被保険者証 ② 資格者証 ③ 負担割合証 ④ 負担限度額認定証 ⑤ その他 ()
申 請 の 由	① 紛失・焼失 ② 破損・汚損 ③ その他 ()

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

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