

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

摂津市長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
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											
	氏 名											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	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
申請の理由	1 紛失・滅失    2 破損・汚損    3 認定申請    4 その他 ( )

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
--------	--	--------------------

※以下市役所使用欄

証 発 行		資 格 者 証		受 給 資 格 証 明 書	
-------------	--	------------------	--	---------------------------------	--

注意 裏面に身分証明書のコピーを貼付すること  
2号医療保険被保険者証はコピーを添付すること

身分証明書…運転免許証・健康保険証・介護保険料領収書等

