

様式第4号

介護保険被保険者証等再交付申請書

摂津市長 様

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

		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は、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号																				個人番号																					
	フリガナ																		生年月日	年 月 日																						
	氏名																		生年月日	年 月 日																						
	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 ()

次の欄は、2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者 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

