介護保険　被保険者証等再交付申請書

（あて先）　志賀町長

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	㊞	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、上記の申請者住所・電話番号の記載は不要です。　※
家族以外の代理の方が申請するときは、委任状が必要です。

被保険者番号		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
		性別	男　・　女
被保険者住所	〒 電話番号（　　）　－		

再交付する　証書等　（該当番号に○）	1　被保険者証 2　負担割合証 3　資格者証 4　受給者証 5　負担限度額認定証 6　特定負担限度額認定証 7　利用者負担減免・免除等認定証 8　社会福祉法人等利用者利用者負担軽減確認証 9　その他（　　）
申請の理由（該当番号に○）	1　紛失・焼失 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

医療保険者		医療保険被保険者証記号番号	

町記入欄

受付		回収	有・無	処理顛末	交付 未交付理由（　　）