

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

貝塚市長（宛）  
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、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			生年月日	年 月 日
	被保険者氏名			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 4 負担割合証 5 その他 ( )
申請の種類	1 紛失・消失 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)のみ記入

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

\*健康保険証添付のこと

受付	入力		証回収	証交付	申請者確認
					1免許証 2健康保険証 3その他( )