

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	(元号) 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			
	被保険者氏名	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 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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険の記号及び番号	
--------	-------------	--

*介護保険2号被保険者の方は医療保険の加入関係の確認が必要です。

受付	入力	証回収	証交付	申請者確認
				1マイナンバーカード 2免許証 3その他()