

介護保険 被保険者証等再交付申請書

個人番号																		
市町村番号	4 2 2 0 2 2	被保険者番号																
申請の理由 (該当を○で囲む)	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他 ()																	
再交付する証明書 (該当を○で囲む)	1 被保険者証 4 負担割合証 2 資格者証 5 負担限度額認定証 3 受給資格証明書 6 その他 ()																	
<p>佐世保市長様</p> <p>年 月 日 下記のとおり申請します。</p> <p>紛失した証明書を発見した場合、すみやかに返還するとともに今後これに伴う事故について、貴市に、迷惑をかけないことを誓約します。</p> <p>住 所</p> <p style="padding-left: 150px;">丁目 番地</p> <p>佐世保市 _____ 町 _____ 番 _____ 号</p> <p>フリガナ</p> <p>氏 名 男 ・ 女</p> <p>(被保険者) _____</p> <p>生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日</p> <p>電話番号 _____</p>																		
申請者氏名											本人との関係	<ul style="list-style-type: none"> ・本人 ・介護事業所職員 ・その他 () 						
申請者住所	※上記住所と同じ場合は、記入不要																	
<p style="text-align: center;">〒</p> <p style="padding-left: 150px;">丁目 番地</p> <p>佐世保市 _____ 町 _____ 番 _____ 号</p> <p>(事業所名) ☎ _____</p>																		

※ 第 2 号被保険者の方は、医療保険被保険者証を持参してください。

受 付	発 行	受領印	交 付	
			郵 送	手 渡 し

※手渡しの際は、顔写真ありは1つ、顔写真なしは2つ確認すること。	
本 人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
代 理	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()