

介護保険 被保険者証等交付申請書

加美町長 様

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													
	フリガナ													
	被保険者氏名											個人番号		
												生年月日	T・S 年 月 日	
												性別	男・女	
住所	〒 電話番号 ()													

再交付する証明書	☐ 被保険者証 ☐ 資格者証 ☐ 受給資格証明書 ☐ 負担割合証 ☐ 負担限度額認定証 ☐ 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
申請の理由	☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ 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	
		医療保険被保険者証番号	

町使用欄

申請者本人確認 ☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 保険証 ☐ ケアマネージャー
☐ その他()