

参考①

介護保険被保険者証等返還不能届・再交付申請書

鹿沼市長 宛

次のとおり申請します。

◆太わくの中を記入してください。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	印	被保険者との関係	本人・
※申請者住所	〒	※電 話	()

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話は記載不要

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号												
	個 人 番 号												
	フリガナ											生 年 月 日	
	被保険者氏名											大正・昭和 年 月 日	
	被保険者住所	〒											電話 番号 ()

該当する証明書	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 負担割合証 4. その他 ()
申請理由	1. 紛失 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	
医療保険保険者番号		医療保険被保険者氏名	

確 認

- 運転免許証等 (別紙コピー)
- 支援事業者(別紙委任状)
- その他

市 処 理 欄			
証 交 付 等	<input type="checkbox"/> 窓口	1.被保険者証	受 付
	<input type="checkbox"/> 郵送	2.資格者証	
	<input type="checkbox"/> 申請	3.負担割合証	
		4.その他	