様式第3号(第8条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　　　宜野湾市長　殿　　次のとおり申請します。 |
| 　 | 申請年月日 | 年 月 　日 | 　 |
| 　 | 申請者氏名 | 印 | 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 | 　 | 個人番号 |  |  |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 明・大・昭 年　 月 日 | 　 |
| 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　その他(　　　　　　　　　　　) | 　 |
| 申請の理由 | 1　紛失・焼失　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 | 　 | 　 |
| 　 |

(注)1　被保険者証を破り、又は汚した場合は、その被保険者証を添付すること。

2　被保険者証等の再交付を受けた後、失った被保険者証等を発見したときは、直ちに発見した被保険者証等を返還すること。