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。