

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。