

様式第13号（第14条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

尾花沢市長 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		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		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 負担割合証 5 負担限度額認定証
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
--------	---------------

本人の確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	添付書類	<input type="checkbox"/> 委任状
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 口頭確認 T.S.H 年 月 日			()
	<input type="checkbox"/> 職員確認(確認者名)	印		