

様式第4号（第5条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

（申請先）佐久市長
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 () _____ | | |

↑ *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 () _____ | | |

| | |
|----------|---------------------------|
| 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 負担限度額認定証 |
| | 5 負担割合証 |
| 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 記号・番号 | _____ |
|--------|-------|-------------------|-------|

| | |
|-------|-----------|
| 確認書類 | マ・免・保 |
| | その他 _____ |
| 保険証交付 | 窓口 ・ 郵送 |

| | | | | |
|----|------|----|---|-------|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受理処理欄 |
| | | | | |