

様式第4号（第6条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

（あて先）日高市長

次のとおり申請します。

\*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

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	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 6 特定負担限度額認定証
申請の理由	1 紛失・焼失    2 破損・汚損    3 その他（            ）

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

記入例

様式第4号（第6条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

（あて先）日高市長

次のとおり申請します。

\*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

申請年月日	△△〇〇年 〇月 〇日
申請者氏名	日高 太郎
本人との関係	子
申請者住所	〒350-1292 日高市大字南平沢1020番地 電話番号 042-989-2111

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	フリガナ	ヒダカ イチコ		生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日
	氏名	日高 市子		性別	男 ・ 女
	住所	〒350-1292 日高市大字南平沢1020番地 電話番号 042-989-2111			

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
	6 特定負担限度額認定証
申請の理由	① 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ( )

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--