様式第５号（第５条及び第８条関係）

年　　月　　日

（宛先）河内長野市長

住所

氏名　　印

電話　（　　）　　―

介護保険被保険者証等再交付申請書

下記のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。

被保険者番号			
個人番号			
被保険者氏名	性別	生年月日	
フリガナ	男・女	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	
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		
申請の理由	1.　紛失　　2.　破損　　3.　盗難　　4.その他（　　）		
処理内容	＜確認方法＞　免許証・健康保険証・その他（　　） ＜交付方法＞　窓口交付・その他（　　） ＜交付年月日＞　　年　　月　　日		
備考欄		受付	

※第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）記入欄

医療保険者名称		医療保険被保険者証記号	
医療保険者番号		医療保険被保険者証番号	