

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  
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		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
個 人 番 号		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
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	