

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												
個人番号												
被保険者氏名		生年月日										
フリガナ		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 號	
医療保険者 番 号		医療保険被保険者証 番 号	