

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><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
個 人 番 号		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
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 号	
医療保険者 番 号		医療保険被保険者証 番 号	