別記様式１６（第１７条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

本山町長　様
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請者氏名	㊞	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

＊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

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
	被保険者氏名		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　その他
申請の理由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

２号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

受　領　書

上記被保険者の再交付された書類を受け取りました。

令和　　年　　月　　日

住　所
受取人
氏　名　　㊞
本人との関係（　　）