

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

大津市長

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

申請日 年 月 日

フリガナ		被保険者との関係（※該当するものに○印をする。）
申請者氏名		1 本人 2 代理人（親族） 続柄（ ） 3 その他代理人《委任状が必要です。》
申請者住所	〒 —	電話番号（ ） — （※申請者が被保険者本人の場合、この欄の住所・電話番号は記載不要。）

被保険者番号											
個人番号											
フリガナ											
被保険者氏名						生年月日	明・大・昭	年	月	日	
被保険者の住所	〒 —										
特記事項	電話番号（ ） — （※記入事項なければ、記入しなくてもよいです。）										

再交付する証明書	1 被保険者証 2 負担割合証（※再交付が必要なものに○印をする。） 3 負担限度額認定証 4 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 未着 4 その他（ ） （※該当するものに○印をする。）

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
大津市処理欄（記入不要）		受付印	入力確認