**狭山市介護保険被保険者証等再交付申請書**

（宛先）狭山市長

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 |  |
| 提出代行者  名称 | 該当に○（指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・社会保険労務士） | | |
| 申請者住所 | 〒　　　－  電話番号　　　（ 　　　 ） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年 　月 　日 |
| 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 負担限度額認定証　　６ その他（　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １ 紛失・焼失　 ２ 破損・汚損  ３ 盗難　　 ４ その他（　　　　　 　　　　） |

第２号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保険名 |  | | | 医療保険者  番　　　号 |  | |
| 記号・番号 | ・ | 被保険者氏名 |  | | 資格取得日 | 年　月　日 |

〔事務局使用欄〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受  付  印 |  | 受付担当者 |  |