# 介護保険被保険者証等再交付申請書

宮古島市長　様
次のとおり申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒<br>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 | | | |
| | 被保険者氏名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| | 電話番号 | | 性　別 | 男・女 |
| | 住所 | 〒<br>電話番号 | | |

| | |
|---|---|
| 再交付する証明書 | 1　被保険者証　　4　負担限度額認定証<br>2　資格証　　5　負担割合証<br>3　受給資格証明書 |
| 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<br>記号番号 | |

| | |
|---|---|
| 申請者確認書類 | 1　運転免許証<br>2　健康保険者証・介護保険被保険者証・住民票<br>3　その他(　　) |