介護保険　被保険者証等再交付申請書

男 鹿 市 長　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※太枠内を記入してください。 | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者 | 氏　名 |  | 本人との関係 |  |
| 住　所 | （被保険者本人が申請する場合は記入不要です）〒電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 保険者番号 | 0　5　2　0　6　8 |
| 氏　名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　 年　　　 月　　　 日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　所 | 〒電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証等 | １　　被保険者証 |
| ２　　負担割合証 |
| ３　　負担限度額認定証 |
| ４　　負担限度額認定決定通知書 |
| ５　　高額介護サービス費支給決定通知書（　　　　年　　　月～　　　年　　　月分） |
| ６　　福祉用具購入費支給決定通知書 |
| ７　　住宅改修費支給決定通知書 |
| ８　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | １　紛失・消失　　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 |  |

【男鹿市記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付 | 確認方法 | 交付・郵送月日 | 受付 |
| □本庁□若美支所□　　　　　出張所 | □運転免許証□個人番号カード□介護支援専門員証□その他　（　　　　　　　） | □窓口交付□郵送月　　　　日 |  |