様式第２号（第６条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

東近江市長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名 （本人又は家族）	㊞	本人との関係 （続柄）	
申請者住所	〒 ※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 電話番号		

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
		性別	男 ・ 女
被保険者住所	〒 東近江市 電話番号		

再交付する証明書 （必要なものに○をしてください。）	１　被保険者証　　２　負担割合証　　３　資格者証 ４　受給資格証明書　　５　負担限度額認定証 ６　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 ７　その他（　　）
申請の理由 （○をしてください。）	１　紛失・焼失　２　破損・汚損 ３　その他（　　）