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（　　　　　　　　　　　　　 ） |