

様式第3号（第3条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

年 月 日

（宛先）白山市長

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所等	〒 電話番号		

注意 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所等欄は記載不要

次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														
	個人番号														
	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名														
	住所等	〒 電話番号													

再交付する証明書	1 被保険者証	4 受給資格証明書
	2 負担割合証	5 負担限度額認定証
	3 資格者証	6 その他（ ）
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歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--